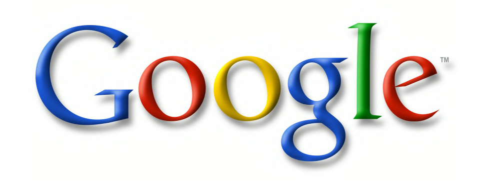
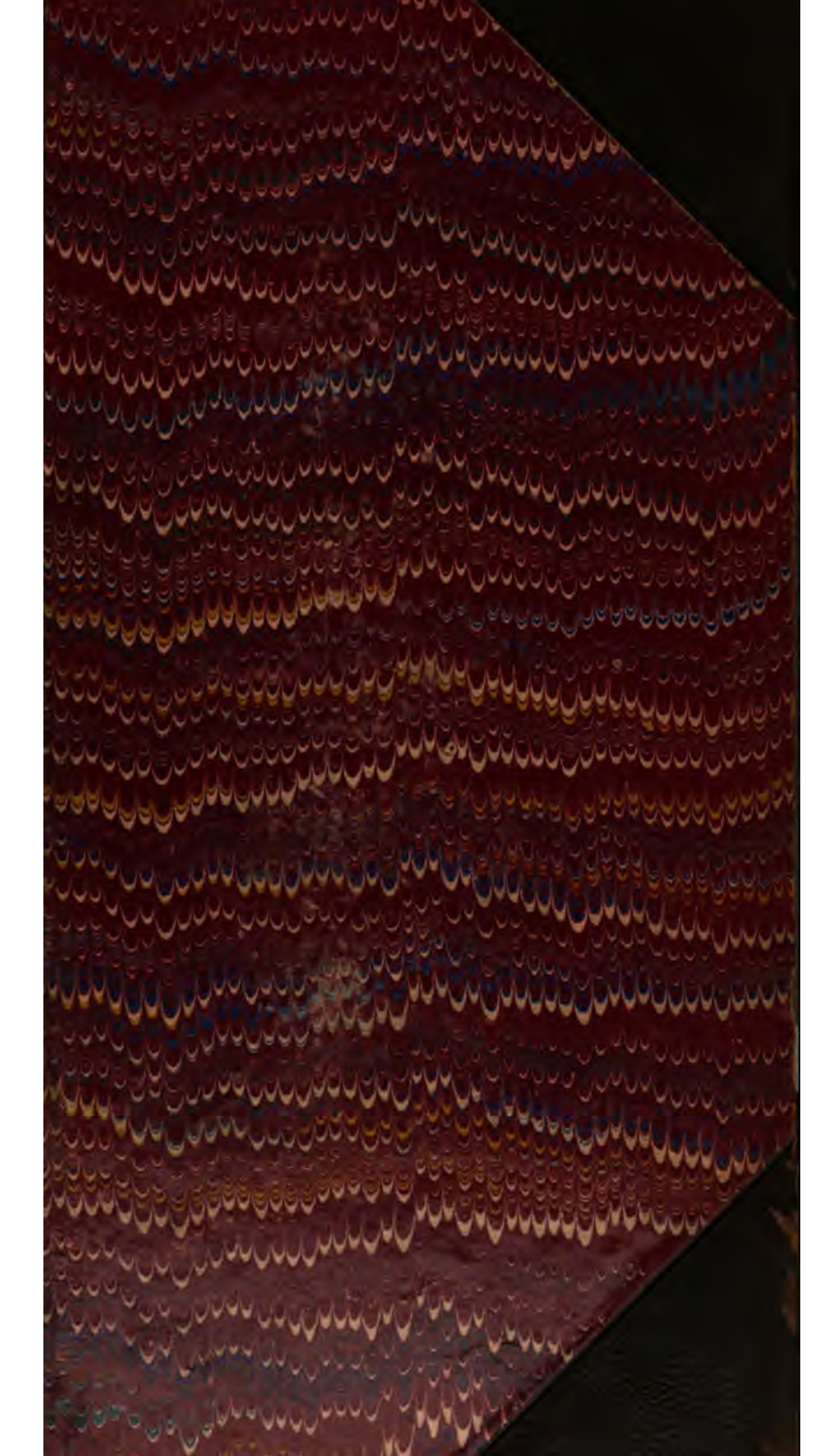




ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES
DE
NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

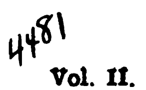
Deuxième série, tome II. — 1896.
Avec figures dans le texte et planches.

PARIS
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, *rue des Carmes.*

1896


BOSTON MEDICAL
APR 2 1898
LIBRARY.


CATALOGUED





Vol. II. Juillet 1896 N° 7.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

THÉRAPEUTIQUE.

L'INCONTINENCE D'URINE ET SON TRAITEMENT PAR LA SUGGESTION ;

Par le D[r] A. CULLERRE,
Directeur-médecin de l'Asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon.

Notre but, en écrivant les pages qui vont suivre, est d'apporter une simple contribution au traitement d'abord, et accessoirement à la clinique de l'Incontinence essentielle d'urine. En l'espace de quatre années, nous avons traité vingt-quatre enfants ou jeunes gens incontinents par la suggestion hypnotique, et la rapidité avec laquelle les premiers sujets soumis à ce traitement ont été débarrassés d'une infirmité aussi dégoûtante et en même temps aussi désastreuse au point de vue économique pour les familles pauvres, n'a pas été étrangère à l'affluence subséquente de nouveaux malades qui presque tous ont bénéficié à leur tour de cette méthode thérapeutique.

Chemin faisant nous avons pris note quand il nous a été possible des antécédents héréditaires et personnels des malades, et des particularités cliniques qui ont plus particulièrement attiré notre attention chez chacun d'eux et, bien que très incomplets, ces documents ne sont pas sans présenter quelque intérêt scientifique. C'est le côté étiologique et pathogénique que nous aborderons d'abord ; nous exposerons ensuite nos observations avec les remarques cliniques et les résultats thérapeutiques qu'elles comportent.

I. — Un point à peu près fixé, le seul peut-être sur lequel ou s'entende à l'heure actuelle, c'est que l'incontinence d'urine dite essentielle, c'est-à-dire qui n'est symptomatique ni de l'épilepsie, ni d'une affection organique des centres nerveux, est la manifestation d'un état névropathique le plus souvent héréditaire; c'est selon l'expression très heureuse de M. L. Guinon[1], un stigmate bénin de l'hérédité nerveuse et psychique. Bien que Trousseau en ait, à une époque déjà ancienne, signalé l'importance, la démonstration de cette vérité étiologique est cependant peu avancée et les faits sur lesquels elle s'appuie sont encore peu nombreux.

L'étude de trente-cinq cas d'incontinence a permis à M. L. Guinon de constater que l'hérédité nerveuse sous toutes ses formes se rencontre d'une façon constante dans les antécédents des individus atteints de cette infirmité. Il y a relevé l'alcoolisme du père, l'hystérie de la mère, toutes les variétés de la neurasthénie et de l'hypocondrie chez les divers membres de la famille, ainsi que les psychoses, les diverses formes du délire, l'épilepsie, les convulsions, le strabisme et la débilité mentale.

Dans les antécédents héréditaires de quinze sujets incontinents que contient la thèse de M. J. Janet[2], on peut de même constater l'alcoolisme, l'hystérie, la neurasthénie, l'hypocondrie, le nervosisme sous diverses formes, la folie, le suicide, la paralysie générale, la déséquilibration mentale, les convulsions.

Nos propres observations n'apportent qu'un contingent restreint de faits de même ordre mais uniquement, à notre avis, parce qu'il nous a été impossible, le plus souvent, de recueillir des renseignements circonstanciés sur les antécédents héréditaires de nos malades. Nous avons cependant relevé, comme les auteurs précédents, l'alcoolisme du père, l'hystérie, la déséquilibration mentale, divers accidents névropathiques de la mère, et chez les collatéraux la dégénérescence, l'idiotie et les convulsions.

Si nous cherchons à dégager, à l'aide du petit nombre des faits sus-visés, la fréquence relative de ces tares héréditaires

[1] L. Guinon. — *De l'incontinence d'urine des enfants.* Thèse de Paris, 1889.

[2] J. Janet. *Les troubles psychopathiques de la miction.* Thèse de Paris. 1890.

— et à ce point de vue les observations de la thèse de M. J. Janet sont des plus intéressantes — nous voyons se présenter en première ligne toutes les formes, précises ou vagues, du nervosisme et de la déséquilibration mentale, surtout l'hypocondrie. L'alcoolisme et l'hystérie viendraient ensuite ; puis, en dernière ligne seulement, les psychoses proprement dites. Nous pouvons en conclure que les incontinents urinaires ne sortent pas en général des familles d'aliénés mais bien plutôt des familles de névrosiques. Ils n'en présentent pas moins très souvent des incorrections psychopathiques, mais elles aboutissent rarement à la folie confirmée.

Il nous faut mentionner maintenant une particularité bien intéressante que nous avons à dessein laissée de côté parce qu'elle mérite d'être envisagée à part, c'est l'extrême fréquence de l'hérédité similaire, directe ou collatérale, de l'incontinence. L'hérédité directe est la plus fréquente. Dans quelques cas, le nombre des incontinents appartenant à la même parenté est tel que cette infirmité revêt les caractères d'une véritable *maladie familiale*. Parmi les observations de M. J. Janet, on trouve six cas d'hérédité similaire et quatre dans les nôtres d'ailleurs assez pauvres en renseignements commémoratifs. Dans l'observation XIX de la thèse de l'auteur précédent, nous voyons un jeune incontinent dont le père avait eu la même infirmité jusqu'à quatorze ans et qui comptait en outre cinq oncles et tantes ayant tous pissé au lit dans leur enfance. Dans notre observation IV ci-après, nous trouvons un père incontinent ayant quatre de ses enfants atteints de la même infirmité.

L'étude des antécédents personnels des incontinents n'est pas moins significative. Il en est très peu qui puissent être considérés comme normaux. Bien que certains cliniciens repoussent la notion de dégénérescence comme étrangère à la pathologie, il nous semble impossible, dans la circonstance actuelle, de ne pas y faire appel, sous peine de ne rien comprendre à l'enchaînement des manifestations symptomatiques dont l'incontinence n'est qu'un simple anneau. Si la nature de ce symptôme a été si longtemps méconnue, n'est-ce pas précisément parce qu'on l'a relégué dans le domaine de la pathologie commune ou de la chirurgie, en s'obstinant à en faire une affection autonome et surtout locale ? N'hésitons donc pas à dire que les incontinents appartiennent en majorité

à la classe des dégénérés dont ils présentent le plus souvent les stigmates physiques, et en particulier les malformations du crâne, de la face, de la voûte palatine et des oreilles. Les troubles névropathiques auxquels ils sont sujets débutent souvent par les convulsions de l'enfance, les accidents pseudo-méningitiques, pour se continuer par les somnambulismes, l'hystérie, la neurasthénie, l'hypocondrie et les obsessions. Au point de vue psychique, ils parcourent la gamme entière des états dégénératifs depuis l'idiotie et la débilité mentale jusqu'à la déséquilibration simple des individus doués ou non de facultés supérieures.

S'il est toutefois quelque manière d'être qui leur soit propre dans cette multiplicité de conditions pathologiques banales, c'est, au point de vue somatique, la tendance aux névropathies génito-urinaires dont la pollakiurie si fréquente chez beaucoup d'incontinents est la première manifestation [1] ; et au point de vue psychique, l'émotivité que révèle leur physionomie timide et craintive, avant-coureur de l'hypocondrie future et des angoisses de l'aboulie et du doute. Une petite case doit leur être réservée aussi dans le cadre de la folie morale, quelques-uns des jeunes incontinents se montrant sournois, indisciplinés, méchants, menteurs, impulsifs, et prématurément vicieux.

Enfin fait capital à l'appui de notre manière de voir, le plus souvent l'incontinence échappe à l'action des causes occasionnelles, car chez la majorité des sujets, elle existe dès la naissance. Elle apparaît donc, à priori, au moins chez ceux-là, comme exclusivement conditionnée par un fonctionnement imparfait du système nerveux. Et chez ceux dont l'incontinence se manifeste à une époque plus ou moins tardive, les causes occasionnelles invoquées ne jouent que le rôle secondaire d'agents provocateurs.

Et en effet, le début du syndrôme ne survient pas indifféremment à tous les âges ; il affectionne trois époques principales : le premier âge, s'il succède sans transition à l'incontinence physiologique du nourrisson ; la période comprise entre sept et huit ans, et celle qui s'étend de la dixième à la quator-

[1] Le professeur Guyon a souvent rencontré cette relation de l'incontinence infantile et des accidents ultérieurs de même ordre, en particulier les pertes séminales. Voyez aussi à ce point de vue la thèse de J. Janet, précédemment citée.

zième année. Or il est très remarquable que les affections nerveuses de l'enfance d'origine héréditaire ont précisément les mêmes époques d'apparition. D'après les statistiques de Briquet, Clopatt et autres[1], l'hystérie infantile est particulièrement fréquente avant trois ans ; puis vers sept ans, et enfin de dix à treize ans. Vers sept ans, âge de la *puberté cérébrale* selon l'heureuse expression de Lasègue, se montrent certaines méningites, certaines épilepsies symptomatiques de lésions encéphaliques. Dans la période qui suit la dixième année la boîte cranienne se développe et se consolide ; l'épilepsie idiopathique fait son apparition. Toutes ces coïncidences tendent à démontrer, en définitive, que l'incontinence urinaire, se manifestant aux époques d'opportunité morbide créées par l'évolution du système nerveux, est bien le résultat d'une tare névropathique héréditaire.

II. — En ce qui concerne la pathogénie de l'incontinence, nous pouvons négliger les théories physiologiques et chimiques. Ecartons d'abord ces dernières. L'une suppose la présence dans l'urine d'un excès de sels suffisant pour irriter la vessie. Fût-elle plausible qu'elle ne saurait s'appliquer qu'à certaines incontinences très passagères. L'autre vise les adénoïdiens, les enfants dont le système amygdalien hypertrophié met obstacle à la respiration nasale (Major, Grönbech) gênant ainsi l'hématose et produisant une intoxication carbonique qui aurait pour conséquence la miction involontaire. Mais tous les incontinents sont loin d'être atteints de végétations adénoïdes ou d'amygdales hypertrophiées et tous les adénoïdiens ne pissent pas au lit. Chez ceux qui le font, il ne s'agit vraisemblablement que d'une simple coïncidence. Ils cumulent, avec le stigmate du lymphatisme exagéré, le stigmate de l'hérédité névropathique.

Quant aux théories physiologiques, l'une, on le sait, est basée sur l'irritabilité vésicale et l'autre sur l'atonie du sphincter uréthral. Ces deux théories se contredisent. On pourrait toutefois supposer que l'irritabilité existe dans certains cas et l'atonie dans d'autres : mais l'irritabilité n'est plus guère défendue par personne. Le professeur Guyon et ses élèves ont brillamment soutenu la cause de l'atonie qui serait facile à constater par le cathétérisme. Chez les incontinents, l'explorateur parcourrait tout le canal et franchirait le sphincter sans

[1] Voy. Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie*, 1895.

résistance et en ne transmettant à la main que de faibles sensations. Pourtant l'existence de cette atonie a été niée. Quoi qu'il en soit, réelle ou non, elle est incapable à elle seule de fournir une explication satisfaisante de l'incontinence urinaire. Si le sphincter est atone, il l'est aussi bien le jour que la nuit ; cependant les incontinents diurnes sont rares. D'autre part, pourquoi l'incontinent nocturne, en admettant que le sommeil engourdisse sa vigilance à l'égard de son sphincter, ne se réveille-t-il pas aussitôt que l'accident se produit ? Non seulement il n'est pas réveillé à ce moment même, mais encore il ne l'est pas le plus souvent par la sensation désagréable d'humidité et de froid qui en est la conséquence.

De toute façon, il faut donc faire appel à une cause plus haute, et cette cause ne peut être cherchée que dans un fonctionnement vicieux du système nerveux central. De là les théories psychologiques.

La plus simple de toutes consiste à ne voir dans l'incontinence qu'un défaut d'éducation. Elle est due à M. Bérillon. Pour cet auteur, l'incontinence nocturne de l'enfant n'est le plus souvent que l'incontinence normale du nouveau-né prolongée. Chez ce dernier, la volonté, qui n'existe pas encore, ne peut intervenir pour mettre en jeu les muscles de Guthrie et de Wilson chargés de fermer la vessie et aussitôt que ce réservoir est distendu par une certaine quantité d'urine, les muscles lisses se contractent et en provoquent l'évacuation. Par l'éducation, on obtient vers le quinzième mois que l'enfant apprenne à résister pendant le jour au besoin d'uriner, et vers la troisième année au plus tard, l'incontinence nocturne disparait d'elle-même. Quand elle persiste au delà de cette limite, l'infirmité est constituée[1]. Si cette théorie peut s'appliquer à quelques faits d'incontinence, si réellement quelques enfants continuent à pisser au lit après la troisième année par simple paresse cérébrale, elle est insuffisante dans la majorité des cas. Elle laisse en effet de côté tous les incontinents tardifs et tous ceux dont le sommeil présente des caractères pathologiques.

Un fait extrêmement important, en effet, et qui a frappé la plupart des observateurs, c'est que le sommeil de beaucoup d'incontinents n'est pas normal. Les uns ont comme les *épilep-*

[1] Bérillon. — *Le traitement psychique de l'incontinence nocturne d'urine.* Revue de l'hypnotisme, 1894.

tiques, le sommeil lourd et profond, les autres ont le sommeil onirodynique et agité des hystériques. Déjà J.-L. Petit avait cherché dans ces faits d'observation les causes de l'incontinence. Pour lui les rêveurs pissent au lit par suite d'un rêve de miction et les dormeurs profonds, parce que la sensation qui précède l'envie d'uriner n'est pas assez forte pour les réveiller.

Mais nous pouvons aller plus loin et affirmer que chez certains malades au moins, cette sensation n'est même pas perçue. Les incontinents diurnes nous en fournissent une preuve très plausible. Ceux-ci, quoique rares, existent; ils guérissent, comme les autres, par la suggestion hypnotique; Liébeault en cite plusieurs cas; nous en présentons un nous-même dans le sujet de l'observation XX. Ce jeune garçon est pris à quatorze ans d'incontinence diurne dont il n'a conscience qu'en voyant l'urine couler sous ses pieds. Même chose se passe vraisemblablement chez les incontinents nocturnes à sommeil profond; chez eux, le phénomène de la miction est soustrait au contrôle de ce qui subsiste de la personnalité consciente pendant le sommeil. Si comme le dit M. L. Guinon, le réflexe cérébral qui, en temps normal, dirige le centre médullaire de la miction fait défaut et que le cerveau ne régisse plus la moelle, c'est parce qu'il existe une sorte d'inhibition de ce centre et que les impressions qui lui arrivent de la vessie ne sont pas assimilées, n'entrent plus dans le champ de la conscience personnelle. Il s'agit donc d'un phénomène analogue à celui qui se passe chez l'hystérique analgésique qui ne sent pas les piqûres. Comme l'anesthésie de ce dernier, la miction involontaire de l'incontinent est une sorte d'énorme distraction.

Cette comparaison de l'incontinent et de l'hystérique n'est d'ailleurs pas une hypothèse gratuite. L'état mental de certains enfants nerveux ressemble en effet beaucoup à celui des hystériques à stigmates. Leur attention est excessivement distraite, leur mémoire vague et infidèle. Ils ne distinguent qu'imparfaitement les faits de conscience des faits d'imagination. Bref, une partie de leur activité psychique semble échapper au contrôle de leur personnalité consciente faiblement et imparfaitement constituée. Les enfants menteurs répondent à ce type. Pour nous, les incontinents rentrent dans une catégorie voisine et ce ne sont pas les seules particularités par lesquelles ils se rapprochent des hystériques, comme nous le verrons plus loin.

S'emparant de ces deux faits d'observation, la lourdeur du sommeil et les rêves mictionnels, M. J. Janet en a fait la base d'une ingénieuse théorie qu'il applique à tous les cas d'incontinence. Pour lui, les incontinents nocturnes sont avant tous des pollakiuriques nocturnes qui, sous l'influence de l'envie d'uriner, rêvent qu'ils urinent en effet soit contre un arbre, soit dans leur vase de nuit, selon que leur rêve les promène à la campagne ou les laisse vaquer à leurs occupations habituelles ; et ils s'inondent, absolument comme le dormeur à qui il survient une pollution sous l'influence d'un rêve érotique. S'ils ne se réveillent pas, c'est parce qu'ils dorment trop profondément.

Cette explication est très séduisante mais elle ne doit pas à notre avis être généralisée à tous les cas ; car la constance des rêves mictionnels n'est pas démontrée. Beaucoup d'incontinents rêvent; mais comme nous l'avons fait remarquer précédemment leurs rêves sont loin d'avoir toujours les caractères idylliques que leur attribue M. J. Janet. Ce sont souvent des rêves agités, de vrais cauchemars qui se produisent dans la toute première période du sommeil et qui ont le caractère pénible des rêves des neurasthéniques et aussi des hystériques. Quoi qu'il en soit, la théorie de l'auteur n'est pas en contradiction avec celle que nous avons exposée précédemment ; elles se complètent plutôt l'une l'autre. Si, comme les hystériques, les incontinents sont distraits, comme elles ils peuvent aussi avoir des idées fixes subconscientes qui se manifestent par un rêve approprié.

Il existe d'ailleurs une affinité réelle entre l'hystérie et l'incontinence. Certains incontinents sont dès l'enfance somnambules ou hystériques ; il s'en trouve un cas dans nos observations. Beaucoup le deviennent plus tard ; dans la thèse de M. Janet, on en trouve plusieurs exemples, et chose curieuse, ces malades présentent souvent des syndrômes hystériques en rapport avec leur infirmité première.

On a constaté que les hystériques atteints de polyurie ont presque toujours eu dans leur enfance de l'incontinence nocturne d'urine[1]. Ainsi que le fait observer M. Souques, cela indique déjà l'habitude de préoccupations urinaires. Il est évident, dit cet auteur, qu'un jeune sujet qui pisse au lit, a

[1] Erhardt. *De la polyurie hystérique*. Thèse de Paris, 1893.

l'*idée fixée* sur sa triste infirmité. Si plus tard il devient hystérique, cette idée fixe, consciente ou subconsciente, pourra grandir, envahir l'esprit et devenir naturellement l'origine d'une hypersécrétion urinaire.

« La filiation, toute logique, continue-t-il, est facile à concevoir. Les incontinents nocturnes urinent sinon plus, du moins plus souvent que les sujets normaux. Presque toujours ils ont des besoins fréquents et impérieux pendant le jour. Or uriner souvent ou uriner beaucoup sont deux choses que l'usage confond ensemble. L'enfant qui a de l'incontinence nocturne, qui a des mictions fréquentes et impérieuses diurnes, croit en réalité qu'il urine plus que normalement. L'enchaînement logique des choses doit le conduire plus tard à la polyurie[1]. »

Beaucoup d'incontinents sont, en effet, pollakiuriques, comme M. J. Janet l'a bien fait ressortir dans son travail et j'ai eu l'occasion de constater que quelques-uns sont polydipsiques. Ce symptôme se rencontre chez les sujets des observations XI et XXIII ci-après. La seule interprétation plausible de cette polydipsie qui entraîne évidemment une polyurie corrélative est celle que donne M. Souques de la polyurie des hystériques eux-mêmes.

Encore un point qui rapproche les incontinents des hystériques, c'est qu'ils se rencontrent souvent sur le même terrain étiologique. Si, en effet, le plus grand nombre des incontinents pissent au lit depuis leur enfance, il en est un certain nombre dont l'infirmité débute après une grande frayeur, une émotion vive, un traumatisme, une maladie aiguë, ou la misère physiologique.

En résumé, pour nous, l'incontinence qui débute dans l'enfance est due à un trouble fonctionnel du cerveau ayant quelque rapport avec ce qu'on observe dans l'état mental des hystériques. Il consiste en un défaut de synthèse psychique, avec automatisme exagéré, que d'ailleurs la miction involontaire soit due à une sorte de distraction, de non-assimilation de la sensation de besoin envoyée au cerveau par la moelle, ou à des préoccupations urinaires subconscientes engendrant des rêves mictionnels.

[1] A. Souques. *Contrib. à l'étude du rôle des idées fixes dans la pathogénie de la polyurie hystérique.* (Archiv. de Neur., déc. 1894.)

III. — Nous ne voudrions pas abuser des rapprochements, mais comment ne pas enregistrer celui qui résulte de l'effet de la suggestion sur l'incontinence? Est-il une preuve plus démonstrative de la nature psychique de ce syndrome et de son analogie avec certains troubles psychiques de l'hystérie? Une seule suggestion suffit parfois pour supprimer d'une manière durable une incontinence remontant à de nombreuses années et cette efficacité merveilleuse d'un procédé purement moral est assurément ce qu'il y a de plus intéressant dans une affection contre laquelle la thérapeutique a déployé de tout temps ses plus ingénieuses comme ses plus formidables ressources, et on sait avec quel succès !

De ces procédés thérapeutiques quasi innombrables, nous ne parlerons pas sinon pour dire que quand ils ont parfois réussi, ce n'est que par suggestion indirecte. L'électrisation du sphincter uréthral elle-même, si prônée aujourd'hui, n'agit sans doute pas autrement. Il est assurément plus simple et plus sûr d'employer la suggestion directe. Elle a donné les mêmes résultats favorables à tous les médecins qui l'ont employée ; elle est d'un emploi sûr, facile, inoffensif et fournit, en somme, une solution élégante d'un des plus difficiles problèmes de la thérapeutique.

Sans entrer dans l'historique de la question, que nous avons traitée ailleurs [1], nous rappellerons seulement que M. Liébeault a obtenu 72 p. 100 de guérisons. M. Bérillon est arrivé, lui aussi, à une proportion de 70 p. 100. Le Dr Ringler, de Combrement (Suisse) n'a obtenu que 47 p. 100 de succès, mais ce résultat, quoique moins satisfaisant que les précédents, est encore de beaucoup supérieur à ce qu'on obtenait avec les anciennes méthodes. De nombreux médecins, entre autres MM. Stembo, de Wilna, Bernheim, A. Voisin, Pitres, L. Guinon, dont les noms se présentent à notre mémoire, sans avoir publié de statistiques de guérisons, ont cependant reconnu l'efficacité de la *méthode suggestive*.

Des 24 sujets que nous avons traités par la suggestion hypnotique, 20 ont été guéris ; 2 ont été améliorés et 2 seulement n'ont obtenu aucun bénéfice durable du traitement. Cette statistique nous donne une proportion de 83 p. 100 de guérisons ; elle repose, il est vrai, sur un nombre restreint de cas ; mais

[1] A. Cullerre. — *La thérapeutique suggestive*, 1 vol. in-12. Paris, 1893.

en admettant qu'elle représente une série exceptionnellement heureuse, elle n'en démontre pas moins, avec les statistiques des auteurs précédents, que l'incontinence essentielle d'urine est, dans la grande majorité des cas, justiciable de la suggestion hypnotique.

Je rappellerai en deux mots le manuel opératoire. Le sujet est commodément installé dans un fauteuil ; on le rassure par quelques paroles bienveillantes et on l'encourage en faisant miroiter à ses yeux l'espoir d'une guérison prochaine. Après quoi on l'endort par la fixation du regard aidée de la suggestion. Quand je dis « on l'endort » c'est pour employer une expression consacrée, car le degré d'hypnose où se trouve le sujet m'a paru de peu d'importance. La plupart, d'ailleurs, conservent le souvenir des suggestions qu'on leur donne, et nous en avons vu ne fermer les yeux que par obéissance et qui ne guérissaient pas moins bien que les autres. Alors intervient la suggestion curative dont la formule doit varier selon les cas: ne pas pisser au lit, sentir le besoin et se réveiller aussitôt; s'éveiller à une heure déterminée pour uriner; penser en s'endormant qu'il ne faut pas uriner au lit. Au besoin, comme le conseille M. Bérillon on peut provoquer par suggestion une insomnie destinée à habituer le cerveau à percevoir le besoin d'uriner. Bientôt l'insomnie disparaît d'elle-même et le sujet, habitué à surveiller sa vessie, continue à le faire tout en dormant.

Tantôt la guérison est immédiate ou tout au moins prompte; tantôt elle se fait attendre quelques semaines. Quelquefois la guérison survient d'elle-même après la suppression du traitement qui n'a paru donner aucun résultat. Il faut aussi compter de temps en temps avec les rechutes. Tous les âges sont justiciables de la méthode suggestive; le plus jeune de nos malades avait six ans et le plus âgé vingt-trois ans. Dès l'âge de trois ans elle est applicable.

Nous n'insisterons pas sur ces développements que la lecture de nos observations et des commentaires qui les accompagnent rend inutiles, et nous passons immédiatement à l'exposé sommaire des faits cliniques qui servent de base à ce travail.

Mais une chose que l'on ne saurait trop répéter, c'est que ce traitement est à la portée de tous les praticiens. Il ne demande ni préparation, ni éducation, ni surtout d'initiation spéciales. On peut, en l'employant, on doit même, dirions-nous, réussir

du premier coup. Sans doute un homme versé dans l'hypnologie pratique et habitué de longue main à manier la suggestion obtiendra peut-être des résultats plus brillants et plus nombreux tout d'abord ; mais l'apprentissage se fait vite et il suffit d'un peu de tact et de pratique pour y passer maître. Il en est de même de toutes les médications, et pour ne pas sortir du domaine de la psychiatrie, ne sait-on pas que la médication opiacée ou bromurée par exemple, est d'autant plus héroïque qu'elle est maniée par des mains plus expertes ? Ce qui n'empêche pas que tout médecin, quelle que soit d'ailleurs son expérience personnelle, se croie autorisé à employer la morphine et le bromure, et s'efforce de se familiariser avec le maniement de ces puissants remèdes.

Nos observations se divisent en trois groupes : *a*) guérisons ; *b*) améliorations ; *c*) insuccès.

A. — Guérisons.

Observation I. — V..., garçon de onze ans. Son père est mort de tuberculose pulmonaire; sa mère est sourde, un peu rhumatisante; cinq frères et sœurs dont quatre plus jeunes.

Enfant chétif, peu développé, pâle, très émotif, portant au cou des ganglions volumineux. Il urine au lit depuis la première enfance; n'a jamais eu de convulsions, ni d'accidents cérébraux. Sa mère me l'amène parce qu'étant dans la misère, elle ne sait comment parer aux conséquences désastreuses pour elle de cette infirmité, le linge et la literie lui faisant défaut.

10 *mars* 1892. — Endormi par la fixation du regard aidée de la suggestion; sommeil profond avec oubli au réveil. Suggestion : « Il ne pissera plus au lit; sentira toujours quand il aura besoin et se réveillera aussitôt pour se lever. »

A partir de ce moment l'enfant a été *complètement* débarrassé de son infirmité ; sa santé s'est ensuite améliorée, et il a pu être placé comme petit domestique.

28 *juillet* 1893. — Sa mère me le ramène parce que depuis dix jours il a été repris trois fois de son infirmité, ce que j'attribue à la fatigue causée par les travaux de la moisson et sans doute aussi à l'absorption d'une trop grande quantité de boisson. Suggestion comme ci-dessus suivie de succès.

29 *octobre* 1893. — Il a uriné le 27, ce qui ne lui était pas arrivé depuis juillet. Nouvelle suggestion.

1er *avril* 1896. — La guérison s'est maintenue sans aucun accident depuis la date précédente.

Il s'agit d'un enfant chétif et très émotif quoique peu taré au point de vue nerveux, dont l'incontinence est due vraisemblablement à l'inhibition du centre cérébral de la miction occasionnée par des préoccupations urinaires.

Une seule séance de suggestion suffit à rétablir le mécanisme troublé du réflexe cérébro-médullaire et la guérison est obtenue. Les deux petites rechutes dues à des causes accidentelles n'ont eu aucune suite fâcheuse et ont cédé elles aussi à une simple suggestion.

Observation II. — O. B..., fille de treize ans. Père vivant, normal; mère cinquante-six ans, profondément neurasthénique; sœur souffreteuse et hystérique; frère d'une santé passable, autre frère idiot à la suite de convulsions.

Enfant grande et forte, d'aspect florissant, non réglée, névropathe, sujette aux migraines (céphalées accompagnées de vomissements), souffrant beaucoup de l'estomac. Elle a commencé à uriner au lit à partir de sept ans, à la suite d'une *fièvre muqueuse*. On me l'amène dans le courant d'avril 1892. A la suite de quelques séances de suggestion un mieux notable se produit.

18 *juin* 1892. — Elle n'a pas uriné au lit depuis trois semaines.

4 *juillet*. — Elle a eu une légère miction nocturne involontaire il y a huit jours et une autre la nuit dernière. Suggestion : « Ne plus pisser au lit. » Cette séance n'est suivie d'aucun succès et pour cause d'absence le traitement est interrompu. Elle ne revient que le 2 *mars* 1893; les séances de suggestion sont alors reprises.

9. — Deux nuits sèches seulement depuis le 2.

23. — Sept nuits sèches, du 9 au 16, puis rechute complète.

30. — Trois nuits sèches depuis le 23.

6 *avril*. — Trois nuits sèches depuis le 30. Les nuits où elle se mouille, c'est peu de chose.

13. — Une seule nuit mouillée depuis le 6.

18 *mai*. — Aucun accident depuis cinq semaines; les règles sont survenues pour la première fois dans l'intervalle, sans causer de troubles.

21 *décembre* 1893. — Elle revient parce que depuis quelques jours elle a des névralgies faciales à accès réglés et qu'il lui est arrivé d'avoir de temps à autre des nuits mouillées. Suggestion comme précédemment suivie d'un heureux résultat.

27 *juin* 1895. — La mère m'annonce que sa fille est parfaitement guérie et qu'elle est devenue très forte. Deux fois seulement depuis 1893, pendant la période menstruelle, il lui est arrivé de se mouiller légèrement la nuit.

Ce cas est fort différent du précédent. Il s'agit d'une fille à antécédents héréditaires graves, devenue incontinente à sept ans à la suite d'une maladie aiguë, et réagissant capricieusement sous l'influence de la suggestion qui tantôt est efficace, tantôt n'est suivie d'aucun résultat. Finalement force reste au traitement, mais c'est au moment où survient une crise, l'apparition des règles, qui a pu favoriser l'action de la suggestion grâce à la détente nerveuse qui l'a accompagnée. Des auto-suggestions contraires contribuaient sans doute à contrarier l'efficacité de la suggestion hypnotique.

Observation III. — H..., garçon de huit ans. Père mort de tuberculose pulmonaire; mère dont le moral laisse à désirer, trois sœurs assez chétives dont une recueillie dans un orphelinat, pisse aussi au lit. Enfant assez développé, strabique : d'une bonne santé habituelle; n'ayant eu ni convulsions, ni maladies graves, il pisse au lit depuis sa naissance.

10 *novembre* 1892. — Endormi par suggestion aidée de la fixation du regard; attitudes cataleptoïdes. Suggestion : « Ne plus pisser au lit, sentir le besoin d'uriner et se réveiller aussitôt. »

13. — Pas d'accident depuis le 10.

17. — Une seule nuit mouillée depuis le 13.

20. — Pas d'accident depuis de 17.

24. — Deux nuits mouillées depuis le 20.

27. — Deux nuits mouillées depuis le 24. Suggestion additionnelle : « Penser en s'endormant qu'il ne faut pas pisser au lit. »

Le traitement est continué pendant les mois de décembre et janvier 1893 à raison de deux séances par semaine; il y a neuf nuits mouillées pendant le mois de décembre et pendant le mois de janvier cinq nuits mouillées seulement. Une seule séance de suggestion a eu lieu en février qui n'a compté que trois nuits mouillées. La mère le considérant comme guéri, ne l'avait pas ramené. Il se réveillait la nuit pour faire dans son vase.

27 *avril* 1893. — Sa mère m'annonce qu'il est guéri.

En 1894, cet enfant a été pris de péritonite tuberculeuse et a succombé à cette maladie.

Observation IV. — E. V..., garçon de quatorze ans. Père névropathe, ayant été atteint lui-même jusqu'à vingt ans d'incontinence d'urine contre laquelle il a essayé tous les traitements sans résultats. Il allait jusqu'à passer les nuits tout habillé et assis pour lutter contre son infirmité; si, vaincu par la fatigue, il se couchait à l'aube, aussitôt il pissait dans son lit. Bien que guéri, il a tou-

jours eu une grande difficulté à retenir ses urines et quand le besoin se fait sentir, il doit le satisfaire immédiatement. — Mère normale. — Huit enfants : une grande fille de seize ans ayant été atteinte d'incontinence nocturne et qui a guéri spontanément après l'établissement de la menstruation; une seconde fille qui a eu de temps en temps quelques mictions involontaires; deux garçons atteints d'incontinence complète; une fille qui a eu des convulsions. Les autres enfants, en bas âge, se portent bien.

Enfant assez fort d'apparence, un peu pâle; n'ayant fait aucune maladie grave. Sommeil agité; il rêve beaucoup. Il pisse au lit depuis deux ans. Au commencement il y avait quelques rares intermittences, mais maintenant c'est régulier et continu. Aucune précaution n'empêche la miction involontaire de se produire, même l'abstinence complète d'aliments et de boisson le soir.

8 *décembre* 1893. — Endormi en un quart de minute par la suggestion aidée de la fixation du regard, catalepsie suggestive, mouvements automatiques ; suggestion de ne plus pisser au lit, de retenir son urine. de sentir le besoin et de se réveiller. Il reviendra deux fois par semaine.

31. — Le tiers des nuits a été humide depuis le 8; il fait très froid, ce qui peut contribuer à entraver l'action du traitement.

18 *janvier* 1894. — A eu cinq nuits mouillées mais très peu, depuis le 31 décembre.

1er *février*. — Pas d'accident depuis le 18 janvier.

A partir de ce moment la guérison est obtenue et l'enfant ne m'ayant pas été ramené, je crois pouvoir en conclure qu'elle s'est maintenue.

Observation V. — A Y..., garçon de onze ans (frère du sujet de l'observation précédente). Il pisse au lit depuis un an.

10 *décembre* 1893. — Endormi par la fixation du regard. Au bout d'un quart de minute les globes oculaires se convulsent en haut et les paupières se ferment. Catalepsie suggestive. Mouvements automatiques. Suggestion de ne plus pisser au lit, de se réveiller et de se lever.

17. — Aucun résultat; 21. — Une seule nuit sèche ; 31. — Une seule nuit mouillée depuis le 21.

28 *janvier* 1894. — N'a pissé que deux fois et extrêmement peu, depuis le mois dernier.

L'enfant ne s'est pas représenté depuis. Comme son frère, il habite la ville et m'aurait été ramené vraisemblablement en cas de rechute. Les sujets de ces deux observations appartien-

nent à une famille où l'incontinence est héréditaire et se développe tardivement. Des indications qui nous sont fournies, on peut inférer que les mictions involontaires sont le résultat de rêves mictionnels, au moins chez le père et l'aîné des fils, puisqu'elles se produisent dans la période hypnogogique qui suit le coucher.

Observation VI. — L. V..., fille de treize ans. Aucun renseignement sur sa famille que je n'ai vue qu'une fois et que je n'ai pas eu le loisir d'interroger. Elle vient toute seule et fait 20 kilomètres aller et retour pour se soumettre au traitement chaque semaine.

Enfant assez bien développée, quoique fluette, non réglée, d'aspect assez intelligent. Elle n'a pas eu de convulsions, n'a fait aucune maladie. Elle pisse au lit depuis sa naissance, et toutes les nuits à de rares exceptions près.

16 *mars* 1893. — Hypnose et suggestion appropriée.

23. — Quatre nuits sèches sur huit.

10 *avril*. — Deux nuits mouillées seulement depuis dix-huit jours.

27. — Six nuits mouillées depuis le 10.

4 *mai*. — Deux nuits mouillées depuis le 27.

11. — Trois nuits mouillées depuis le 4.

18. — Pas d'accidents depuis le 11. A partir de ce moment la guérison s'est maintenue.

Avril 1894. — Apparition des règles sans accident.

Août. — Fièvres intermittentes paludéennes, cachexie commençante, aménorrhée, retour de l'incontinence nocturne. L'enfant revient seulement le 11 novembre me consulter, son état de santé l'en ayant empêchée plus tôt. Je la trouve grandie, plus forte, l'air d'une jeune fille. Elle me fait part des particularités précédentes et manifeste un véritable chagrin de sa rechute. On reprend le traitement. Hypnose avec attitudes cataleptoïdes.

Du 12 novembre au 1er décembre le résultat est nul.

8 *décembre*. — Deux nuits sèches seulement dans la semaine.

15. — Cinq nuits sèches.

Janvier 1895. — Plus de mictions involontaires, la malade se considère comme guérie et ne revient plus.

Cette observation est intéressante en ce qui concerne l'action de la suggestion : il semble qu'elle n'ait aucune prise d'abord sur le mal puis tout d'un coup l'incontinence cesse et la guérison est obtenue. Ce phénomène est assez fréquent ; il semble indiquer qu'il faut parfois un certain temps au cerveau pour s'assimiler l'idée suggérée. A remarquer aussi la rechute survenue à la suite de fièvres intermittentes.

OBSERVATION VII. — F. M..., sept ans, fille unique. Père tuberleux, mère normale, intelligente, bien portante.

Enfant chétive, d'un tempérament lymphatique marqué. Elle urine au lit depuis quelques mois seulement et d'une façon irrégulière, environ deux à trois fois par semaine. Enfant peu développée pour son âge.

16 *février* 1893. — Première hypnose suivie de la suggestion appropriée. Pas de miction involontaire jusqu'au 3 mars.

4 *mai*. — Du 3 mars au 2 mai, pas de miction involontaire. Les deux dernières nuits ont été mouillées.

27 *mai*. — Pas d'accident depuis le 4.

Juillet. — La guérison se maintient.

28 *décembre*. — Cette enfant à la suite d'une bronchite aiguë a eu quelques nuits mouillées, mais tout est rentré dans l'ordre.

1er *avril* 1896. — La guérison s'est maintenue depuis 1893.

Encore un cas où une légère rechute se produit à la suite d'une maladie aiguë.

OBSERVATION VIII. — S. N..., garçon de treize ans. Parents arthritiques, aucune tare dans la famille. Cet enfant qui n'urinait au lit que de temps en temps, surtout l'hiver, pisse maintenant toutes les nuits. L'intelligence est paresseuse et le moral est incorrect dans une certaine mesure. C'est un déséquilibré. Tous les remèdes essayés ont échoué.

10 *avril* 1893. — Il est légèrement influencé par la fixation du regard, bien qu'il eût déclaré qu'il serait réfractaire à toute tentative d'hypnotisation. Suggestion : « Ne plus pisser au lit, etc. »

13. — Toutes les nuits sèches depuis le 10.

16. — Toutes les nuits sèches depuis le 13.

27. — Une seule nuit mouillée depuis le 16, à la suite de l'absorption d'une grande quantité d'eau.

4 *mai*. — Pas d'accident.

5 *juin*. — Il a eu la rougeole depuis la dernière séance. Malgré cela l'incontinence ne s'est pas reproduite. Il est considéré comme guéri par sa famille.

13 *février* 1894. — J'apprends qu'à part quelques nuits mouillées en octobre dernier, la guérison s'est maintenue.

A noter chez ce garçon l'incontinence d'abord intermittente, et survenant l'hiver. On pourrait supposer avec J.-L. Petit qu'il s'agit d'un enfant paresseux à se lever, n'obéissant pas aux premiers avertissements de sa vessie. La suite de l'observation montre qu'il n'en est rien, puisque l'infirmité devient continue.

Il est beaucoup plus rationnel de supposer que le froid engendre de la pollakiurie et que ce phénomène provoque à son tour l'incontinence par l'intermédiaire d'un rêve mictionnel.

Observation IX. — V. X..., fille de treize ans. La mère, qui me l'amène, n'habite le pays que depuis peu de temps, et ne me fournit aucun renseignement utile. La jeune fille urine au lit depuis la naissance, mais ce n'est qu'à partir de sept ans que l'infirmité s'est enracinée. Auparavant ça ne lui arrivait que de temps en temps; à partir de ce moment, elle pisse au lit continuellement. Quelle que soit l'heure où on la réveille pour la faire lever, on la trouve mouillée.

Fille d'aspect assez florissant, réglée depuis un an, sans fatigue mais irrégulièrement. Elle se plaint habituellement de l'estomac et a souvent des maux de tête. A part ces indispositions, sa santé est bonne et elle n'a jamais fait de maladies graves.

27 *juillet* 1893. — Endormie par le procédé habituel; hypnose légère. Suggestion de ne plus pisser au lit, de sentir le besoin et de se réveiller aussitôt.

30 *juillet*. — Nuits sèches depuis le 27. Elle s'est réveillée chaque nuit entre minuit et une heure et s'est levée pour uriner.

7 *août*. — Deux nuits mouillées depuis le 30 juillet.

13. — Toutes les nuits sèches.

20. — Toutes les nuits sèches. Ne revenir qu'en cas de retour de l'incontinence. Je n'ai pas revu cette malade.

Il s'agit comme on le voit d'une jeune fille névropathe, incontinente dès le bas âge, mais dont l'infirmité s'aggrave à partir de sept ans, époque où le développement cérébral subit une poussée. Le traitement agit d'une façon rapide et vraisemblablement définitive, car la mère n'eût pas manqué de me ramener la malade.

Observation X. — T. U..., fille de treize ans. Père normal; mère lymphatique; tante ayant pissé au lit jusqu'à quinze ans. Ça lui arrivait toutes les nuits et plusieurs fois.

Enfant chétive, anémique, très lymphatique (bronchites répétées, gros nez, grosses lèvres), très en retard dans son développement physique. Intelligence normale. Elle a été très propre de trois à dix ans. A partir de dix ans, sommeil agité, inquiet; il fallait la faire lever, sans quoi elle pissait au lit. Beaucoup de rêves, de cauchemars. De temps en temps elle pissait au lit malgré les précautions. Il y a six mois son père, employé au chemin de fer a été victime d'un accident grave dont elle a été vivement émue. A partir de ce moment elle pisse au lit plusieurs fois par semaine. Ça lui

arrive plusieurs fois de suite, puis il y a un intervalle. La mère ne peut dire exactement ce qui se passe car l'enfant, très humiliée de son infirmité, la dissimule autant que possible.

16 *novembre* 1893. — Hypnose rapide; tendance aux contractures cataleptoïdes. Suggestion d'être propre et de se réveiller. Elle reviendra deux fois par semaine.

3 *décembre*. — Deux nuits mouillées seulement depuis le 16 novembre. La mère me fait observer que son sommeil est devenu très calme. Elle dort de neuf heures du soir au matin sans se réveiller. Auparavant son sommeil était entrecoupé de rêves et elle se réveillait à chaque instant dans la crainte de pisser au lit. Elle ne reviendra qu'une fois par semaine.

30 *avril* 1894. — Depuis près de cinq mois l'enfant n'avait pas uriné au lit et on la considérait comme guérie, mais la semaine dernière ayant été prise d'angine avec fièvre, elle a pissé au lit deux fois.

22 *juillet*. — Elle n'a pas eu de nouvelles nuits mouillées depuis le 30 avril jusqu'au 15 juillet. Depuis ce moment, elle s'est surmenée pour la préparation de son certificat d'études et cette semaine elle a pissé trois fois au lit. Suggestion.

23 *août*. — Deux nuits mouillées à quinze jours d'intervalle. *Symptômes hystériformes*; sensation de boule remontant de l'estomac à la gorge. Douleurs de ventre. Elle n'est pas encore réglée. Pas d'anesthésie, ni de rétrécissement du champ visuel.

29 *novembre*. — Six nuits mouillées depuis le 18 sans autre cause apparente que le changement de boisson (vin blanc), cependant la mère s'est aperçue que son sommeil était agité de rêves et lourd au point qu'on a de la peine à la réveiller.

31 *décembre*. — Six nuits mouillées pendant ce mois. Le sommeil est meilleur et la suggestion est présente à l'esprit de l'enfant pendant son sommeil car le matin elle est persuadée qu'elle s'est levée alors qu'elle a dormi tout d'une traite.

31 *janvier* 1895. — Aucun accident pendant ce mois. La santé physique s'est sensiblement améliorée; elle a bonne mine et bon appétit.

28 *février*. — La guérison se maintient sans accident, l'enfant se lève régulièrement une fois par nuit. Elle a pu boire du lait le soir sans inconvénient.

1er *avril* 1896. — La guérison s'est maintenue.

L'influence d'une émotion vive et très nette dans la pathogénie du cas précédent. Cette enfant, lymphatique et névropathe, onirodynique, m'a été amenée depuis pour des troubles hystériques en rapport avec l'évolution menstruelle. L'inconti-

nence ne s'est pas reproduite. A noter cette présence, pendant le sommeil, de l'idée suggérée, qui lui fait croire le matin à son réveil, qu'elle s'est levée pendant la nuit.

OBSERVATION XI. — C..., garçon de dix ans. Père mort d'une tumeur de l'œil. Mère normale. Sœur bien portante, frère ayant eu des convulsions.

Enfant assez développé, mais pâle et d'aspect fatigué. Jamais de maladies graves. Intelligent, il a déjà son certificat d'études. Bon sommeil sans rêves. Très altéré, buvant énormément, ce qui préoccupe sa mère. Il pisse au lit depuis sa naissance.

28 *octobre* 1894. — Hypnose légère. Suggestion de ne plus pisser au lit, de sentir le besoin, de se réveiller.

4 *novembre*. — Il n'a pas pissé au lit depuis la dernière séance. Il se réveille trois fois par nuit pour uriner. Sa mère trouve que c'est bien souvent. Suggestion : continuer à sentir le besoin d'uriner mais ce besoin sera de moins en moins fréquent.

11 *novembre*. — Pas d'accident. Il ne se réveille qu'une fois par nuit ou même pas du tout.

25. — Persistance de la guérison. Sa mère me le ramène parce qu'il lui arrive encore de se lever la nuit. Elle voudrait qu'il n'ait pas besoin de toute la nuit. Suggestion appropriée suivie d'un résultat satisfaisant.

1er *avril*. 1896. — La guérison continue à être parfaite depuis 1894.

Cet enfant, à peu près normal, présente cependant un phénomène très significatif ; la *polydipsie*, dont l'origine psychique, provoquée par les préoccupations nées de l'incontinence, ne nous semble pas douteuse. C'est une forme originale du rôle énorme de l'automatisme psychologique subconscient chez les enfants, et chez les enfants nerveux en particulier. Par là se trouve confirmée la justesse du rapprochement que nous avons fait entre l'état mental des incontinents et celui des hystériques. Il convient de remarquer encore ici l'extrême suggestibilité du sujet chez qui la suggestion fait disparaître successivement l'incontinence et la pollakiurie et enfin supprime tout besoin d'exonération entre le lever et le coucher.

OBSERVATION XII. — M. B... fille de quatorze ans. Père d'une intelligence peu développée. Mère présentant des incorrections morales. Nombreux enfants en bas âge.

Enfant assez grande mais fluette et pâle ; non réglée. Pas de maladies graves. Elle pisse au lit toutes les nuits depuis quatre ans.

Avant elle était absolument propre et la mère ne sait à quelle cause attribuer l'éclosion de cette infirmité.

18 *février* 1895. — Hypnose légère. Suggestion de ne plus pisser au lit, de sentir le besoin et de se réveiller.

24. — Une seule nuit mouillée depuis le 18.

28. — Deux nuits mouillées depuis le 24.

7 *mars*. — Pas d'accident depuis le 28 février. Elle se réveille jusqu'à trois fois la nuit pour uriner.

4 *avril*. — Aucun accident. Guérison.

1er *avril* 1896. — La guérison s'est maintenue sans aucun accident, l'enfant est placée comme domestique et on est content de son service.

Cette jeune fille n'a été prise qu'à dix ans d'incontinence sans cause provocatrice appréciable; elle est guérie en quelques séances.

OBSERVATION XIII. — A. R... jeune homme de dix-neuf ans. Il nous dit ne connaître aucune tare nerveuse dans sa famille, ses frères et sœurs sont bien portants.

Garçon robuste, bien développé, n'ayant fait aucune maladie grave. A huit ans il a eu la rougeole et depuis cette époque il pisse au lit. Ça lui arrive plusieurs nuits de suite vers deux heures du matin, environ, puis vient une période de quelques nuits sèches. Son infirmité lui étant très préjudiciable pour se placer comme domestique, il me prie d'essayer de l'en débarrasser.

24 *février* 1895. — Hypnose obtenue sans difficulté. Catalepsie suggestive, pas d'amnésie au réveil. Suggestion de ne plus pisser au lit, de sentir le besoin et de se réveiller.

3 *mars*. — Une seule nuit mouillée depuis le 24 février. Il se réveille très bien la nuit maintenant quand il a besoin.

10. — Pas d'accident. Il n'a plus besoin de se lever la nuit et garde très bien ses urines jusqu'au matin.

31. — Deux nuits mouillées à huit jours d'intervalle depuis le 10 mars. La miction involontaire s'est produite vers quatre heures du matin.

21 *avril*. — Trois nuits mouillées depuis le 31 mars, à la suite de grandes fatigues.

26 *mai*. — Deux nuits mouillées depuis le 21 avril. Une autre fois il lui est arrivé de commencer à pisser mais il s'est réveillé aussitôt.

24 *juin*. — Une nuit mouillée dans ce mois.

1er *avril* 1896. — Ce garçon est guéri de son infirmité.

Très intéressante observation d'un garçon pissant encore au

lit à dix-neuf ans et dont l'infirmité a succédé à la rougeole. Il est très vite amélioré et finalement guéri par la suggestion. L'incontinence tardive n'est pas très rare; on l'observe chez quelques militaires et il est fâcheux que les médecins de l'armée aient été privés du droit de leur appliquer le traitement suggestif, le seul à peu près qui soit en mesure de les guérir.

Observation XIV. — G..., garçon de treize ans. Pas de renseignements sur sa famille; il m'est envoyé par une personne charitable.

Enfant chétif, maigre et peu développé pour son âge. Il est intelligent, a bon appétit et ne serait pas maladif. Il pisse au lit depuis sa naissance, mais jusqu'à dix ans, ça ne lui arrivait que deux ou trois fois par semaine, tandis que maintenant c'est toutes les nuits.

10 *mars* 1895. — Hypnose légère, catalepsie suggestive, suggestion appropriée à son état.

17. — Trois nuits mouillées depuis le 10.

31. — Trois nuits mouillées depuis le 17, mais il se mouille très peu comparativement au temps qui a précédé le traitement.

28 *avril*. — Cinq nuits mouillées pendant ce mois. Une sixième fois il a commencé la miction mais s'est réveillé aussitôt.

26 *mars*. — Trois nuits mouillées depuis le 28 avril; une fois il avait bu de la bière le soir.

30 *juin*. — Cinq nuits mouillées très légèrement.

Juillet. — Une seule miction involontaire.

Août. — Pas d'accident.

14 *octobre*. — L'enfant est complètement guéri; il revient me trouver pour une plaque de tricophytie du cuir chevelu. Depuis, la guérison s'est maintenue.

La guérison s'est fait attendre assez longtemps chez ce malade sans qu'on entrevoie pour quel motif. Je soupçonne pourtant des antécédents familiaux fâcheux. A noter l'aggravation survenue vers la dixième année.

Observation XV. — R. S..., fille de quinze ans. Sa famille n'est pas exempte de tares nerveuses.

Forte fille rousse, très fraîche, d'aspect florissant, d'une intelligence ordinaire, d'une bonne santé habituelle, exempte jusqu'ici de maladies graves. Fréquentes poussées congestives vers la tête, aucun stigmate d'hystérie. Elle a été propre de un an à quatre ans, mais à quatre ans elle s'est mise à pisser au lit sans cause connue. On a essayé tous les remèdes, même les plus extravagants, sans résultat. Réglée depuis un an d'une façon irrégulière. A partir de

l'apparition des règles elle est restée deux mois sans uriner au lit, mais ensuite l'infirmité est revenue comme auparavant. Ça lui arrive à peu près toutes les nuits, et plus on la fait lever plus elle pisse au lit.

22 *mars* 1895. — Hypnose légère. Suggestion de ne plus uriner au lit, d'avoir un sommeil léger, sans rêves, de sentir le besoin d'uriner et de se réveiller aussitôt.

29. — Trois nuits mouillées depuis le 22. Les autres nuits elle s'est réveillée.

7 *avril*. — Trois nuits mouillées depuis le 29 mars. Réglée en ce moment.

14. — Deux nuits mouillées depuis le 7.

21. — Pas d'accident. Elle ne se réveille plus la nuit, mais au moment du réveil, elle est prise d'un besoin douloureux d'uriner avec pollakiurie passagère.

28. — Un peu fatiguée, céphalalgie, urines chargées, déposant abondamment. Fatigues physiques peut-être excessives. Deux nuits mouillées.

12 *mai*. — Aucun accident. L'état physique est meilleur, les règles régulières; le teint s'est éclairci, les traits sont plus intelligents. Sa mère la considère comme guérie et ne la ramènera qu'en cas de rechute.

11 *août*. — Elle revient navrée. Depuis quinze jours son infirmité l'a reprise sans qu'elle soupçonne pourquoi. Ses règles reviennent tous les vingt jours depuis deux mois, mais cela ne semble pas avoir d'influence sur les mictions involontaires. Suggestion.

30 *septembre*. — Elle est de nouveau guérie et m'envoie un enfant atteint d'incontinence pour que je le débarrasse lui aussi de cette infirmité.

Aucune observation ne montre mieux que celle-là l'origine psychique de l'incontinence. Plus on fait lever le sujet la nuit pour éviter l'accident, et plus il se produit, le réveil provoqué n'étant qu'une suggestion indirecte à uriner de plus en plus. Par contre la suggestion contraire « ne plus uriner » est immédiatement efficace, et à un point tel que lorsque la malade, à son lever, veut uriner volontairement, elle ne peut le faire sans souffrance.

La rechute doit être mise sur le compte du trouble de la menstruation, les sensations utérines anormales ayant éveillé, par contiguïté, des préoccupations vésicales et l'association d'idées subconscientes qui donne naissance aux mictions involontaires.

A noter aussi l'heureuse transformation survenue dans la

physionomie après la disparition de l'incontinence. Un certain nombre de malades, en effet, au plein de l'affection, ont le facies fatigué, d'une pâleur terreuse, avec un air d'obtusion tout particulier, qui milite en faveur de l'existence d'un état mental anormal. Chez ces sujets on voit au fur et à mesure que l'amélioration s'accentue, la physionomie s'éclaircir et prendre un air de santé et de vivacité intellectuelle qui contraste singulièrement avec l'aspect antérieur.

Observation XVI. — J. R..., vingt-trois ans, domestique, enfant naturel, réformé pour faiblesse d'esprit; aspect robuste et bien portant; léger goitre; traits épais et inintelligents. N'a pu rien apprendre à l'école.

Il a toujours pissé au lit depuis son enfance; on le faisait coucher dans les granges sur la paille pour qu'il ne souille pas les lits.

8 *décembre* 1895. — Hypnose rapide; attitudes cataleptoïdes, pas d'amnésie au réveil. Suggestion : ne plus pisser au lit, sentir le besoin et se réveiller.

15. — Les quatre premiers jours de la semaine, maux de tête, épistaxis, vomissements, grande excitation cérébrale. La première nuit il s'est réveillé deux fois; la seconde de même, la troisième il n'a pas dormi; la quatrième et la cinquième il s'est réveillé au matin seulement. La sixième il a eu une légère miction involontaire; la septième a été sèche. En somme six nuits sèches sur sept.

29. — Une seule nuit mouillée depuis le 15.

26 *janvier* 1896. — Quatre nuits mouillées dans ce mois, mais très peu; 29 *février*. — Pas d'accident.

31 *mars*. — Pas d'accident. Considéré comme guéri par son maître qui ne le ramènera qu'en cas de rechute.

Le sujet de l'observation précédente est un dégénéré de la famille des débiles arrivé à l'âge d'homme sans que l'incontinence ait disparu. Il est tellement suggestible que la première séance d'hypnose est suivie d'accidents nerveux inquiétants. Guérison rapide et qui semble devoir être durable.

Observation XVII. — A. D... garçon de quatorze ans; domestique. Aucun renseignement sur sa famille.

Enfant vigoureux mais trapu, surmonté d'une très grosse tête, dents irrégulières et mal plantées, voûte palatine irrégulière. Intelligent, sachant lire et écrire. De deux à trois ans il a souffert de rachitisme, mais a guéri. A trois ans a eu quelques attaques convulsives avec perte de connaissance qui ne se sont pas reproduites.

Depuis deux ans il pisse au lit toutes les nuits. Auparavant ça ne lui arrivait que de temps en temps.

22 *décembre* 1895. — Hypnose avec catalepsie suggestive. Suggestion : « Ne plus pisser au lit ; se lever une fois la nuit pour faire. »

29. — Une seule nuit mouillée dans la semaine et c'est la dernière.

12 *janvier* 1896. — Cet enfant est complètement débarrassé de son incontinence et on ne le ramènera qu'en cas de rechute.

Encore un dégénéré avec cette circonstance aggravante qu'il a eu des accidents convulsifs dans sa première enfance. Malgré cela la guérison est prompte et paraît devoir être définitive.

OBSERVATION XVIII. — C. C..., garçon de six ans. La mère semble bien portante ; aucun renseignement sur la famille.

Cet enfant est d'apparence normale ; il a marché à quatorze mois et n'a jamais fait de maladie. Le jour, il éprouve très fréquemment le besoin d'uriner et doit le satisfaire immédiatement (pollakiurie) ; il ne fait pas dans ses vêtements. Il a toujours pissé au lit mais cela lui arrive de plus en plus souvent et maintenant c'est chaque nuit.

22 *décembre* 1895. — Hypnose obtenue par simple suggestion verbale ; catalepsie suggestive. Suggestion : ne plus pisser au lit, sentir le besoin et se réveiller.

29. — Une seule nuit sèche dans la semaine.

5 *janvier* 1896. — Trois nuits sèches dans la semaine. Il se réveille vers quatre heures du matin et appelle.

12. — Quatre nuits sèches dans la semaine.

19. — Cinq nuits sèches.

2 *février*. — Une seule nuit mouillée depuis le 19. Il se réveille tous les matins et tout fier de n'avoir pas pissé au lit il le fait remarquer à sa mère avec contentement.

1er *avril*. — Cet enfant est guéri de son incontinence.

Malgré son jeune âge, cet enfant bénéficie du traitement par une amélioration progressive suivie d'une guérison complète. Comme chez beaucoup d'autres, on voit l'incontinence intermittente seulement dans la première enfance, devenir de plus en plus fréquente à mesure qu'il grandit et que son intelligence se développe. La cause en est évidemment dans les auto-suggestions que lui procurent les préoccupations nées de son infirmité.

OBSERVATION XIX. — M. T..., garçon de onze ans. Père et mère

d'apparence normale; huit enfants dont deux atteints d'incontinence nocturne, un qui a guéri spontanément à quinze ans et notre jeune malade. Il pisse au lit depuis sa naissance et toutes les nuits. Il semble ne pas y avoir d'heure réglée pour la production du symptôme; quelquefois ça lui est déjà arrivé à dix heures du soir. Jamais de maladies graves; dans sa première enfance, bronchites dont il ne se sent plus. Il a des oxyures vermiculaires pour lesquels aucun traitement n'a été essayé. Ses parents me l'amènent parce qu'ils voudraient le placer comme domestique, et que son infirmité s'y oppose.

4 *février* 1896. — Forte appréhension de l'enfant que j'ai de la peine à rassurer. Il ne s'endort pas; il faut lui tenir les yeux fermés. Suggestion : ne plus uriner au lit; sentir le besoin et se réveiller.

16. — Trois nuits humides cette semaine. Ferme toujours les yeux par pure obéissance. Même suggestion.

23. — Quatre nuits mouillées depuis le 16. Sommeil très lourd; on a une grande peine à le réveiller. Suggestion : se réveiller facilement une fois par nuit; ne plus faire au lit.

1er *mars*. — Deux nuits humides seulement.

1er *avril*. — Guérison.

Chez cet enfant la guérison est obtenue, pourrait-on dire par suggestion à l'état de veille, aucun signe d'hypnose n'ayant été constaté chez lui. L'occlusion des yeux suffit donc à produire une certaine passivité cérébrale suffisante pour développer la suggestibilité du sujet.

Observation XX. — T. S..., quatorze ans. Aucun renseignement sur la famille. Garçon d'aspect bien portant et intelligent, atteint d'une claudication d'origine indéterminée. Il est apprenti cordonnier depuis huit mois. Depuis un mois, il est pris d'incontinence surtout diurne. Il ne s'en aperçoit qu'à l'urine qui coule par terre et mouille son pantalon. Il n'a pissé au lit qu'une seule fois. La station assise prolongée, la compression du ventre par la forme ou la chaussure jouent-elles un rôle dans la production de cette infirmité? C'est ce qu'on ne saurait dire au juste.

9 *février* 1896. — Hypnose légère avec catalepsie suggestive. Suggestion : « Il retiendra ses urines sans difficulté et éprouvera toutes les deux heures le besoin d'uriner qu'il s'empressera de satisfaire. »

13. — Il n'a pas uriné involontairement le 11, mais il l'a fait tous les autres jours.

17. — Deux journées sèches depuis le 13.

23. — Il n'a pissé involontairement que deux fois cette semaine.

1er *mars.* — Il ne se mouille plus le jour mais *a pissé au lit* une fois cette semaine.

1er *avril.* — Cet enfant est guéri et ne reviendra qu'en cas d'accident.

L'incontinence diurne de cet enfant est survenue d'une façon singulière. Il est probable que l'occupation nouvelle pour lui d'apprenti cordonnier avec les conséquences qu'elle entraîne (compression de la région hypogastrique, adduction forcée des cuisses), a été le point de départ d'une sorte d'inhibition du centre cérébral correspondant à la fonction urinaire. A remarquer que l'enfant ne *sent* pas sa vessie se vider. On ne peut invoquer ici la théorie du rêve mictionnel, ni aucun processus actif de nature équivalente. Il s'agit bien évidemment d'un phénomène analogue aux paralysies psychiques. Il paraît en être de même chez tous les incontinents diurnes, dont l'infirmité se présente souvent sous la forme continue. Et à ce propos, nous ferons remarquer qu'on la rencontre chez quelques aliénés qui ne sont pas de vulgaires gâteux, mais de véritables névropathes atteints d'incontinence essentielle : émotifs, abouliques, obsédés, persécutés hypocondriaques. Humiliés, honteux de cette disgrâce, ils emploient les moyens les plus bizarres pour s'y soustraire ; il en est qui se lient la verge et s'occasionnent ainsi des lésions plus ou moins graves. Chez une femme à accès périodiques de délire systématisé roulant sur les fonctions sexuelles, l'incontinence redoublait à chaque accès et s'accompagnait de vaginisme. Nous n'avons pas essayé la suggestion chez ces malades, mais nous nous proposons de le faire quand la chose sera possible.

Revenons à notre jeune sujet ; il a été promptement guéri de son incontinence par la suggestion. Liébeault a obtenu quelques guérisons de ce genre, entre autres chez deux femmes qui perdaient constamment leur urine nuit et jour à la suite de fausses couches. Il s'agissait peut-être chez ces malades de véritable incontinence hystérique.

B. — Améliorations.

Observation XXI. — Béc..., fille de douze ans. Père normal ; mère nerveuse ; ils ont plusieurs autres enfants dont la santé ne m'est pas connue.

Enfant petite, d'aspect chétif, non réglée, pissant au lit depuis trois ans seulement. C'est venu sans cause connue. Elle urine une

première fois presque aussitôt couchée, et deux ou trois fois ensuite dans le cours de la nuit. Elle rêve beaucoup et s'agite dans son lit surtout au commencement de la nuit.

L'examen physique révèle des *stigmates hystériques;* analgésie cutanée et rétrécissement du champ visuel diminué de moitié et à peu près également des deux côtés.

8 *décembre* 1892. — Sommeil accompagné d'amnésie au réveil et de phénomènes cataleptoïdes. Suggestion ; ne plus pisser au lit; sentir le besoin et se réveiller aussitôt.

11. — Deux nuits sèches depuis le 8.

15. — Deux nuits sèches depuis le 11.

18. — Les trois nuits ont été sèches.

26. — Deux nuits mouillées depuis le 18. Ses parents remarquent qu'elle se réveille quand elle a envie, brusquement. Elle rêve encore parfois, et c'est à ce moment qu'il lui arrive de se mouiller. Je lui suggère d'avoir un bon sommeil calme, sans rêves.

26 *janvier* 1893. — Une seule nuit mouillée depuis un mois,

23 *février*. — Quatre nuits mouillées depuis le 26 janvier.

16 *mars*. — Rechute depuis huit jours; nouvelle suggestion, suivie de succès.

22 *mai*. — Les parents viennent me déclarer qu'ils la considèrent comme améliorée, car depuis deux mois elle n'a eu que trois nuits mouillées. Ils la mettent en apprentissage et ne pourront plus l'amener.

18 *février* 1894. — L'enfant est restée cinq mois complètement guérie ; mais depuis septembre elle a recommencé à se mouiller de temps en temps, deux ou trois fois par mois en moyenne. Ça lui arrive toujours les jours où elle est excitée soit par une contrariété, soit par un plaisir: on voit qu'elle est énervée; elle ne veut pas se coucher. Une demi-heure après qu'elle est au lit, elle se mouille ; le reste de la nuit est bon. Depuis le commencement du mois ça lui arrive souvent. Elle a le sommeil très agité : elle a des cauchemars, du vigilambulisme; elle se lève les yeux ouverts, va au lit de ses parents, leur parle, veut sortir. On a beaucoup de peine à la faire recoucher. Suggestion appropriée.

4 *mars*. — Une seule nuit mouillée depuis le 18 février. Elle se réveille spontanément et se lève pour uriner.

18. — Quatre nuits mouillées depuis le 4.

1er *avril*. — Une seule nuit mouillée.

8. — Pas d'accidents.

14 *octobre*. — A eu deux ou trois nuits mouillées chaque mois depuis avril. Cela coïncide avec des coliques (molimen menstruel en voie de préparation) et un redoublement de rêves et de cauchemars.

1896. — Depuis cette époque j'ai eu l'occasion de revoir plusieurs fois ses parents qui m'ont affirmé qu'elle allait très bien.

Malgré l'attestation des parents, nous ne rangeons pas cette malade dans la catégorie des guéris. L'action incomplète de la suggestion est vraisemblablement due à ce qu'elle a été fréquemment neutralisée par une auto-suggestion plus forte, ce qui s'explique d'autant mieux que la malade est, malgré son jeune âge, une hystérique à stigmates.

Observation XXII. — M. C..., fille de treize ans. Mère morte de tuberculose, père souffreteux, de mine tuberculeuse.

Enfant chétive, scrofuleuse, ganglions suppurés au cou à sept ans; abcès avec nécrose du radius gauche et de l'orbite droit. Tout cela a guéri, laissant de profondes cicatrices. En ce moment elle se porterait assez bien. Sommeil normal; elle rêve parfois tout haut de ses jeux. Elle pisse au lit depuis sa naissance. Le père pense qu'elle fait deux fois par nuit, vers minuit et cinq heures du matin.

29 *septembre* 1895. — Hypnose légère avec catalepsie suggestive. Suggestion : « Sentir le besoin d'uriner et se réveiller; ne plus pisser au lit. »

6 *octobre*. — Deux nuits sèches, les autres beaucoup moins mouillées.

14. — Ça va beaucoup mieux; semaine presque entièrement sèche; le père n'est même pas sûr qu'il y ait eu des mictions involontaires.

21. — Semaine mauvaise; six nuits mouillées sur sept.

28. — Une seule nuit mouillée cette semaine.

3 *novembre*. — Toutes les nuits mouillées sauf une.

10. — Trois nuits sèches sur sept.

Les semaines se succèdent ainsi alternativement bonnes et mauvaises. Du 1er au 21 décembre, pas une seule nuit mouillée; du 21 décembre au 5 janvier, quelques nuits avec miction involontaire, mais c'est très peu de chose.

26 *avril* 1896. — L'enfant revient. Elle allait très bien et avait été placée comme domestique, mais le retour trop fréquent de l'incontinence l'a obligée à se retirer. On reprend le traitement.

La suite de cette opération est des plus intéressantes; je crois devoir la donner ici :

3 *mai*. — Elle a uriné extrêmement peu, mais ça lui est arrivé chaque nuit depuis le 26 avril. Son père s'est aperçu que c'est toujours dans le cours d'un rêve terrifiant. L'enfant étant endormie nous raconte qu'*elle rêve de la bonne sœur, du cachot noir plein de rats* et qu'elle a très peur. Son père nous apprend alors qu'elle a été pendant un certain temps placée dans un orphelinat et que pour

la punir de son infirmité, la religieuse la faisait coucher seule dans un cabinet noir. Nous suggérons alors à l'enfant que le cachot, les rats, la bonne sœur n'ont jamais existé, qu'ils sont effacés de sa mémoire, qu'elle n'y rêvera plus jamais ; qu'elle aura un bon sommeil et qu'elle se réveillera quand elle aura envie d'uriner.

15 *juin* 1896. — L'enfant ne m'ayant pas été ramenée, je crois pouvoir en conclure qu'elle est de nouveau entrée dans une période satisfaisante.

C. — Insuccès.

Observation XXIII. — A. B... garçon de neuf ans. Père bien portant; intelligent, mais buveur; mère normale. Plusieurs enfants que je connais tous et qui sont normaux.

Cet enfant urine au lit depuis dix-huit mois seulement. Tout d'abord cela n'arrivait que de temps en temps, mais il y a un an à la suite d'une fièvre violente accompagnée de symptômes cérébraux ayant fait craindre une méningite qui heureusement ne s'est pas développée, il s'est mis à pisser au lit d'une façon continue. Divers traitements ont été essayés sans résultat.

10 *octobre* 1892. — Enfant intelligent, mais indiscipliné, pâle, d'aspect chétif. Endormi par suggestion. Hypnose accompagnée d'amnésie au réveil. Suggestion : « Ne pissera plus au lit; quand il aura besoin, il le sentira et se réveillera aussitôt. »

18 — Les cinq premières nuits sèches; les deux dernières mouillées.

22. — Deux nuits mouillées depuis le 18.

28. — Une seule nuit mouillée depuis le 22. Hier, cet enfant a eu encore un de ces accès de fièvre avec état quasi comateux dont le diagnostic est incertain.

3 *novembre*. — Toutes les nuits mouillées depuis le 28.

L'enfant a eu depuis cette date une véritable *polydipsie*; on ne pouvait l'empêcher de se gorger d'eau. Suggestion : « N'avoir soif qu'aux repas, ne plus pisser au lit. »

17. — Six nuits mouillées depuis le 3.

Cet enfant habitant au loin et les résultats ne paraissant pas concluants, les parents m'avertissent qu'ils attendront pour continuer le retour de la belle saison.

Du 10 avril au 11 mai, les séances sont reprises à intervalles assez irréguliers. Bien qu'il y ait eu une période de quatorze jours sans accidents, les parents se lassent et cessent de me l'amener.

Mars 1896. — L'enfant urine toujours au lit. A la suite d'un traitement ordonné par un sorcier (eau ferrée) il est resté quinze jours sans pisser au lit, puis ça a recommencé. On se propose de me l'amener de nouveau.

C'est sans doute dans les accidents cérébraux survenus à plusieurs reprises chez cet enfant et qui ne sont peut-être que de l'hystérie infantile qu'il faut chercher la cause de l'insuccès. Il est évidemment suggestible, mais des auto-suggestions plus fortes apportent incessamment à la traverse du traitement un élément perturbateur. La polydipsie intense qui se manifeste chez cet enfant en même temps qu'un redoublement de l'incontinence apporte à cette manière de voir un argument très plausible.

Observation XXIV. — P. G..., douze ans fils unique. Père mort de tuberculose du rachis ; mère morte de paralysie à cinquante-quatre ans.

Enfant délicat, pâle et chétif, peu intelligent et ne profitant guère de l'école malgré sa bonne volonté. Extrêmement émotif. Il pisse au lit toutes les nuits depuis sa naissance.

24 *juillet* 1895. — Emotivité excessive, il pleure, est agité de spasmes; j'ai beaucoup de peine à le rassurer et à le calmer. Hypnose légère; suggestion de ne plus pisser au lit, de sentir le besoin et de se réveiller.

28. — Deux nuits sèches sur quatre.

5 *août*. — Quatre nuits sèches sur sept.

12. — Une seule nuit sèche dans la semaine. Le traitement est continué jusqu'au 28 octobre avec un résultat médiocre ; la moitié des nuits sont sèches seulement. A cause de la distance et de l'hiver, les parents décident de cesser le traitement jusqu'au retour de la belle saison.

Nous enregistrons cet insuccès sans commentaires. Peut-être une persévérance plus grande eût-elle triomphé à la longue ; mais il n'a pas dépendu de nous que le traitement fût continué. Nous croyons deviner chez cet enfant comme chez le précédent une auto-suggestibilité excessive neutralisant les effets de la suggestion thérapeutique.

IV. — Nous résumerons en quelques mots les conclusions qui nous paraissent découler des développements dans lesquels nous sommes entrés dans le cours de ce mémoire.

L'incontinence essentielle d'urine des enfants et des adolescents est un stigmate névropathique en général bénin, mais qui parfois est l'avant-coureur d'affections nerveuses plus ou moins graves, neurasthénie, hystérie, hypocondrie, obsessions mentales, ayant toutes pour fondement des préoccupations ou des idées fixes relatives à la fonction urinaire.

Les sujets qui en sont atteints appartiennent à des familles où la tare névropathique se fait sentir sous les formes les plus diverses, mais où ne paraît pas dominer l'aliénation mentale proprement dite. Ils présentent souvent les signes de la dégénérescence physique et morale.

L'incontinence est transmissible par hérédité similaire. Dans quelques cas, par le nombre d'individus atteints de la même parenté, elle revêt les caractères d'une véritable maladie familiale.

L'incontinence est l'effet d'un trouble psychique analogue à quelques-uns de ceux que l'on observe dans l'hystérie. Le mécanisme de la production de ce phénomène morbide paraît consister au début en une sorte de distraction cérébrale. Le centre mictionnel oublie sa fonction ou ne ressent pas les incitations parties de la moelle; ou encore est frappé d'inhibition par quelque excitation périphérique. La conséquence de cette défaillance psychique, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, est la miction involontaire.

Ce phénomène à son tour frappe l'imagination du sujet, engendre des préoccupations constantes qui s'infiltrent dans sa vie psychique subconsciente et provoquent des auto-suggestions ou des rêves qui ont pour effet d'aggraver le mal et d'en augmenter de plus en plus la fréquence.

La suggestion hypnotique est le traitement le plus rationnel et le plus efficace de l'incontinence. Il paraît amener la guérison dans au moins les trois quarts des cas. Le degré d'hypnose du sujet est sans grande importance. Un état de simple passivité psychique avec yeux maintenus fermés, paraît suffire à l'action de la suggestion. Elle se montre efficace à tous les âges, mais en général son effet paraît d'autant plus sûr que le sujet est plus âgé.

Même chez ceux qui ne guérissent pas, l'action de la suggestion est évidente; mais elle est neutralisée par des auto-suggestions plus fortes. Les malades de cette catégorie sont les plus tarés au point de vue du système nerveux; on constate parfois chez eux les stigmates de l'hystérie.

Les traitements pharmaceutiques ou chirurgicaux préconisés contre l'incontinence n'agissent, pour la plupart quand ils agissent, que par suggestion indirecte.

RECUEIL DE FAITS.

HALLUCINATIONS SUCCÉDANT A DES OBSESSIONS ET A DES IDÉES FIXES.

Par le Dr LARROUSSINIE, médecin de Castel-d'Andorte,
Membre correspondant de la *Société Médico-Psychologique*.

La malade qui fait le sujet de notre observation a, depuis son enfance, présenté des obsessions, du doute pathologique.

La mère de X... était, paraît-il, très nerveuse, très sensible ; il y a, du côté maternel, beaucoup de nerveux. De quel genre de nervosisme s'agit-il? Il nous a été impossible de le savoir. Le père du malade s'est pendu; il était très hypocondriaque, et fut profondément affecté de l'état de son fils.

Dès sa jeunesse, X... a offert ses phénomènes psychiques qui se sont peu à peu développés et ont abouti à la crise dont nous allons retracer les phases. Quand il était en pension, il avait toujours peur de mal faire, soit au point de vue de ses travaux, soit au point de vue de sa conduite. Il ressentait, nous dit-il, une angoisse des plus pénibles quand il avait achevé un devoir et qu'il devait le remettre à son professeur; il fallait qu'on lui « arrachât des mains » sa copie qu'il ne pouvait se décider à donner à son maître, ne faisant que la relire; son cœur, dit-il, battait violemment, il avait des étouffements; en un mot, il avait de l'angoisse précordiale; la crainte d'avoir mal fait sa tâche était telle, son tourment était si grand, qu'il ne prenait pas part, le plus souvent, aux jeux de ses camarades; il les quittait pour songer aux fautes qu'il craignait d'avoir commises dans ses travaux d'écolier.

De même pour sa conduite; n'avait-on rien à lui reprocher au point de vue de la discipline, de la tenue, etc..., voilà ce qui le tourmentait sans cesse, et si une observation lui était faite, la peccadille qui la lui avait attirée prenait à ses yeux des proportions énormes. Dès cette époque aussi, X... avait de la zoophobie. La crainte qu'il ressentait des chiens était telle, qu'il s'enfuyait quand il en apercevait un.

Plus tard, le doute pathologique s'accrut; quand X... écrivait une lettre, il ne cessait de la relire de peur d'avoir commis des erreurs.

Souvent, il avait à peine le temps de la mettre sous enveloppe pour l'heure du courrier, quand il la portait lui-même à la poste, après l'avoir mise à la boîte, il revenait à plusieurs reprises sur ses pas pour s'assurer qu'il ne s'était pas trompé, qu'il ne l'avait pas jetée à côté de la boîte, qu'il ne l'avait pas laissé tomber; il se demandait s'il avait bien affranchi sa lettre; cela le préoccupait outre mesure; chaque fois qu'il écrivait, les mêmes faits se renouvelaient.

La peur de mal faire qu'il avait, étant jeune, persiste et devient plus forte. Il craint de blesser les siens ou ses amis; il s'informe sans cesse s'il n'a rien dit ou rien fait qui puisse être désagréable à quelqu'un. Il s'imagine que telle ou telle de ses connaissances prend à son égard une attitude réservée, et aussitôt il se persuade qu'il est coupable envers elle.

Peu à peu, cet état s'aggrave sans cause adjuvante apparente. X... a, en effet, une bonne situation; il est entouré d'affection par les siens, ne peut avoir de craintes pour l'avenir. Quoi qu'il en soit, ses préoccupations morbides prennent plus d'intensité, et il en arrive à s'imaginer qu'il va être accusé de divers crimes. Par exemple, il est persuadé qu'on le poursuivra parce qu'il a lutiné quelque peu une jeune fille qui, avait-il dit, était enceinte (ce qui n'était pas). On va l'accuser d'avoir déshonoré cette personne, quoiqu'il n'ait pas eu avec elle de rapports sexuels. Il craint aussi d'être arrêté comme prévenu d'un crime qui a été commis dans son quartier il y a deux ans, crime dont on n'a pas découvert les auteurs.

Enfin, il a des impulsions dangereuses; c'est ainsi qu'il dit à un ami de le quitter parce qu'il « a envie de le frapper d'un coup de couteau ».

La zoophobie persiste. Quelques jours avant que nous l'examinions, le malade, frôlé par un chien, crut avoir été mordu et se montra en proie à une vive anxiété. Quand nous le voyons, X... est très anxieux. Mais (nous insistons sur ce point) il n'a pas d'hallucinations. Il nous supplie de le rassurer. « On va, dit-il, m'accuser d'être un criminel, dire que j'ai voulu tuer cette jeune fille » (il s'agit de la jeune fille dont il a été question plus haut); il proteste de son innocence. Nous lui demandons si on l'accuse réellement, s'il entend qu'on lui adresse des reproches. Il nous répond négativement. « On ne me dit rien, déclare-t-il, mais j'ai peur d'être pris pour un assassin; j'ai peur qu'on m'accuse de m'être approché de cette femme pour la tuer. » On le voit, les idées délirantes ont progressé; le malade ne dit plus qu'on va lui reprocher d'avoir eu des rapports avec cette jeune fille, mais bien qu'on va le soupçonner de meurtre.

Le délire du doute persiste. X... nous remet un billet dans lequel il nous fait part de son état; mais quelques heures après,

il nous prie de le lui rendre parce qu'il a pu, croit-il, « écrire des choses compromettantes pour lui ».

L'anxiété devient de plus en plus vive et le malade se jette, un jour, à genoux devant nous, demande grâce parce qu'on veut, dit-il, le faire tuer pour qu'il expie son prétendu crime. Il veut échapper au déshonneur, au supplice, et cherche à se suicider en tentant de se précipiter à terre du haut d'une table, de se jeter la tête contre les murs. Les tentatives de suicide se renouvellent sans cesse et les précautions les plus minutieuses doivent être prises.

X... se montre persuadé qu'on va le livrer aux plus affreuses tortures; il craint qu'on ne l'enterre vivant; son état d'anxiété est inexprimable ; il est pâle, tremblant, couvert d'une sueur froide, haletant. Le délire a suivi, si nous pouvons nous exprimer ainsi, une marche ascendante.

La crainte d'être inhumé vivant ne quitte pas le malade ; il dit qu'on a creusé une tombe dans le jardin. Nous lui demandons s'il a vu creuser cette tombe, ou s'il a entendu quelque chose. « Je n'ai rien vu ni rien entendu, nous répond-il ; mais je suis certain qu'on m'imposera le supplice d'être enterré vivant, parce que c'est le plus cruel qui existe. »

Deux jours après nous avoir fait part de cette idée délirante, il nous déclare avoir entendu, pendant la nuit précédente, des hommes creuser la fosse à lui destinée. L'anxiété est des plus vives.

Un peu de calme survient; mais bientôt le délire reparaît. X... reste persuadé que sa fosse est prête ; il l'entend creuser; mais il s'imagine alors qu'on fait ces funèbres préparatifs parce qu'on veut l'empoisonner ainsi que sa famille. Pour échapper aux souffrances que provoquera le poison et pour ne pas avoir la douleur de voir mourir les siens, il cherche à se suicider. Comme on lui enlève son couteau de table, il s'écrie qu'on prend cette mesure parce qu'on l'accuse de vouloir assassiner quelqu'un ; il se désespère, proteste de son innocence.

Un autre jour, les personnes chargées de le surveiller causant des supplices que les prisonniers des Pavillons Noirs ont eu à endurer, il s'imagine qu'elles se concertent pour lui couper les testicules, lui arracher les yeux, etc. La nuit suivante, il entend des voix qui lui disent : « On va te supplicier ; on va te traiter comme on a traité nos prisonniers au Tonkin. »

Tout est pour X... un sujet de crainte. On remplit un réservoir, il dit qu'on va le noyer ; on brise une lampe, il se montre persuadé qu'on l'a fait exprès pour l'accuser d'avoir cassé cet objet; son garde déchire une manche de sa chemise, aussitôt il se plaint vivement de ce que cet homme s'est déchiré pour faire croire qu'il avait été battu par lui.

Les craintes d'empoisonnement persistent. « J'ai peur, nous dit

le malade, que vous m'ayez fait venir auprès de vous pour nous empoisonner, ma famille et moi ; je crains qu'on attire ici les miens pour mettre ce projet à exécution. » Au moment où X... nous parle ainsi, il n'a pas d'hallucinations.

Mais bientôt apparaissent de nouveau des hallucinations de l'ouïe. Le malade entend son beau-frère, sa sœur : « Vous voyez bien, nous dit-il, que j'avais raison; on va tuer ces malheureux. » Il crie à sa sœur : « Va-t'en, ne reste pas ici, sauve-toi, on veut t'empoisonner. » Il ne cesse de l'entendre parler, il s'imagine qu'elle lui demande à le voir, et il s'écrie : « Va-t'en, ne viens pas auprès de moi, ils te tueraient. » Enfin, sous l'influence de ses idées délirantes, il refuse de se nourrir et nous devons recourir à la sonde œsophagienne.

Les hallucinations de l'ouïe deviennent plus intenses; il entend des voix qui disent à sa sœur : « Ton frère est un criminel. » « Vous laissez ainsi parler de moi à ma sœur, nous dit-il; vous voyez bien, cependant, que je n'ai commis aucune mauvaise action. » Puis, s'adressant à sa sœur : « Ne les crois pas, ils mentent. Ils m'accusent parce qu'ils veulent me tuer. Ils cherchent tous les prétextes pour se débarrasser de moi. » Il entend crier : « A bas le criminel! On le menace, dit-il, parce qu'il a eu des relations avec une femme beaucoup plus âgée que lui. « C'est un crime moral, lui disent les voix; tu dois mourir pour l'expier. »

Mais à peine nous a-t-il fait part de cela, qu'il se repent de nous avoir mis au courant de l'intimité qui a existé entre cette personne et lui. Nous le voyons plusieurs fois dans la journée; il est angoissé, anxieux, se reproche d'avoir livré un secret qu'il aurait dû garder. « Que penserait-elle de moi, ajoute-t-il, si elle savait cela? »

Le lendemain matin, l'anxiété est plus vive encore. Il entend sa maîtresse lui dire qu'elle l'accusera d'avoir jeté une femme à l'eau (il s'agit du crime qui avait été commis près de chez lui il y a quelques années). « Vous m'avez déshonorée en racontant ce qui s'est passé entre nous, lui crie-t-elle; je me vengerai. »

Cet état persiste pendant plusieurs jours. Le malade ne mange pas parce qu'il entend son père lui défendre de se nourrir. (Ce dernier était mort depuis quelques jours; il s'était suicidé). Enfin, peu à peu, l'anxiété se calme et X. ne parle plus. Il reste halluciné; mais, dit-il, entend et communique avec les voix par « l'esprit ».

Il a deux sortes de voix. Les unes, selon ses expressions, « lui parlent bas, les autres lui parlent par l'esprit ». Quand on lui dit de causer avec son père, on voit ses lèvres remuer, mais on ne l'entend prononcer aucune parole. Il continue à entendre ainsi son père et sa sœur, et à leur répondre; jamais il n'a eu d'hallucinations de la vue.

Cette situation se prolonge pendant un mois; puis, peu à peu, les symptômes s'amendent. X... est aujourd'hui guéri. L'avenir nous

apprendra, si, comme il y a lieu de le craindre, il ne surviendra pas de rechute.

En résumé, nous nous sommes trouvé en présence d'un dégénéré héréditaire, lequel a eu des accidents qui se rencontrent fréquemment chez cette sorte d'individus. Mais, ce qui, chez X..., vous paraît digne d'attirer l'attention, c'est cette sorte d'objectivité du délire.

Le malade craint d'être accusé, il ne cesse d'avoir des doutes ; il croit qu'on veut le tuer, le livrer à d'affreux supplices; peu à peu, ces idées prennent corps, pour ainsi dire; le sens de l'audition entre en jeu, et X..., entend des paroles qui se rapportent à son délire. Les voix viennent à l'appui de sa pensée. Comme il le disait lui-même, ce ne sont plus des suppositions qu'il fait, ce n'est plus une certitude morale qu'il possède ; mais il a une certitude physique. On lui dit : « Tu vas être frappé », et le « on » se change bientôt en une personne connue qui se venge de lui. Sa maîtresse lui crie : « Tu as parlé de nos relations ; je t'accuserai d'être un criminel. »

Puis, peu à peu, l'amélioration se fait. Mais, là encore, la marche suivie est curieuse ; les voix deviennent intérieures ; plus de cris, elles parlent « par l'esprit »; alors, le malade est moins anxieux. Enfin, tout se calme, et la guérison survient. Cette guérison se maintiendra-t-elle ? Ainsi que nous l'avons dit, nous ne pouvons malheureusement pas l'assurer.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

I. Athétose double. Leçon clinique de M. le professeur Spehl, recueillie par M. le Dr F. Sano.

Observation d'une femme de trente-sept ans, sans antécédents héréditaires, bien portante jusqu'à un an et qui eut à cette époque des convulsions dont la cause resta ignorée. Jusqu'à l'âge de six ans elle n'a pu que se traîner sur les pieds et les mains, elle avançait à quatre pattes. Jamais elle n'a pu s'habituer à marcher avec des béquilles, elle leur préfère des bâtons. C'est seule-

ment vers cette époque que la malade commença à parler. A douze ans, elle fut réglée pour la première fois. Pas de paralysie



Fig. 1.

des sphincters. Au repos, cette malade ne présente pas de mouvements anormaux (*fig.* 1).

Quant à ceux qui se produisent à l'occasion du jeu normal des muscles ils présentent les caractères suivants : ils sont involontaires; incoordonnés; non oscillatoires; lents et atteignent l'extrême limite de l'excursion articulaire.

Ces mouvements s'apaisent pendant le repos et cessent complètement pendant le sommeil.

Si on fait marcher la malade (*fig.* 2 et 3), on constate l'extension permanente du pied et des orteils, l'extension des mains, puis du tronc : tout le corps se met en extension exagérée quand la malade est debout; puis s'opère la flexion du tronc quand elle veut avancer. La malade remédie à cette flexion exagérée par l'usage d'un bâton (*fig.* 4) qui lui assure la stabilité que les mouvements incoordonnés des membres rendent très précaire.

Cette démarche n'est ni paralytique, ni hémiplégique, ni ataxique, ni spastique, ni choréique. C'est la démarche athétosique désignée par Charcot sous le nom de démarche de gallinacés.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.

L'athétose est tantôt consécutive à une affection organique de l'encéphale, tantôt primitive. Elle peut être limitée à un membre, à une moitié du corps ou bien généralisée. Les cas d'athétose double sont assez rares. On n'en connaît pas la lésion déterminante. On a signalé la sclérose cérébrale; d'autres fois on a soup-



Fig. 5.

çonné une altération du faisceau postérieur du segment postérieur de la capsule interne; d'autres fois encore on n'a rien trouvé du tout. C'est dire que l'on ignore totalement le mécanisme physiologique des manifestations. (*Journ. de Neurologie*, 1896.) G. D.

II. La chirurgie cranio-encéphalique; par le Dr A. Laurent (de Bruxelles). (*Journal de neurolog.*, 1895, n° 5.)

Dans cette leçon de médecine opératoire, l'auteur estime que, seules les lésions encéphaliques superficielles, limitées, d'origine traumatique ou otique, sont justiciables de l'intervention chirurgicale. Il passe ensuite en revue les perfectionnements apportés dans ces dernières années à l'appareil instrumental et aux méthodes opératoires ainsi qu'aux différents procédés de cranioplastie et décrit minutieusement *la craniectomie circulaire péricranienne de Drumont*, la *craniectomie circulaire péricranienne de Gersung*, et la *craniectomie hémicranienne de Doyen.* G. Deny.

III. Hématomyélie du cône terminal; par M. F. Raymond, professeur de clinique des maladies du système nerveux. Leçon faite à la Salpêtrière, le 24 mai 1895, recueillie par M. Souques, chef de clinique. (*Nouv. Iconographie de la Salptérière*, 1895, n° 5.)

Un homme âgé de trente-cinq ans, maçon, indemne de tare nerveuse héréditaire, ni alcoolique, ni syphilitique, ni athéromateux,

ayant cependant dans ses antécédents personnels certaines absences comitiales accompagnées d'automatisme ambulatoire, ressent brusquement, pendant son travail, une violente douleur aux reins. Il tombe, perd connaissance et ne revient à lui que six heures après. Il a alors une hyperesthésie générale extrême et un délire qui dure deux jours. Après un séjour de six semaines dans un hôpital de province, grande amélioration, l'hyperesthésie a disparu, il reste une douleur localisée aux lombes et quelques symptômes qui seront énumérés plus loin. Ce malade entre plus tard à la Salpêtrière, en sort après un séjour de quelque temps, puis y rentre une seconde fois un an environ après le début de son affection. Voici à ce moment les symptômes qu'il présente : tout d'abord le syndrome morbide est limité au bassin et aux membres inférieurs. Aux membres inférieurs, la motilité est intacte, il n'y a ni atrophie, ni incoordination musculaire, cependant les réflexes sont très diminués. La sensibilité, au contraire, est altérée : douleur à la région lombaire, que la pression réveille ou accroît, anesthésie symétrique localisée. C'est là le point le plus important, on trouve de chaque côté deux zones d'anesthésie complète. Une première zone, zone cruro-fessière, qui comprend la partie inférieure de la région fessière, et une zone ano-périnéo-scrotale, qui comprend l'anus, le périnée, la verge, le scrotum. Les muqueuses participent à l'anesthésie, c'est ainsi que le malade ne sent rien quand on le sonde ; il ne sent rien non plus lorsqu'il éjacule, car l'appétit génital ainsi que l'érection sont conservés, mais la sensation voluptueuse est abolie. Enfin il y a incontinence des urines et des matières fécales. Bien noter que les zones anesthésiées sont symétriques et qu'elles ont, de chaque côté, même forme et même étendue.

Cette description clinique peut, en dernière analyse, se résumer ainsi : paralysie de la vessie et du rectum, anesthésie des régions ano-génitales et de la partie moyenne de la face postérieure de la cuisse ainsi que de la partie inférieure de la région fessière correspondante. Les nerfs intéressés dans ces perturbations pathologiques sont les nerfs de la vessie et du rectum, d'une part, et les nerfs petits sciatiques et honteux internes, d'autre part; ou bien la lésion est intra-médullaire, et alors elle intéresse les centres médullaires de ces nerfs, ou bien elle est intra-spinale et dans ce cas elle intéresse les filets radiculaires de ces mêmes nerfs. Pour M. le Dr Raymond il n'y a pas de doute à avoir, c'est la première supposition qui répond à la réalité. En effet, si l'on admet une lésion extra médullaire intéressant les filets radiculaires des nerfs en question, c'est-à-dire certains nerfs de la queue de cheval, il faudrait que cette lésion intéressât symétriquement les racines de tous ces nerfs, à l'exclusion des si nombreux autres cordons nerveux qui constituent la queue de cheval. Il est impossible d'ad-

mettre une semblable sélection : donc le foyer est localisé dans le cône terminal, qui renferme, on le sait, les centres ano-vésical et génito-spinal. — M. Raymond rappelle des cas analogues à celui qu'il vient d'exposer, le cas d'Oppenheim entre autres. Il termine en établissant que la lésion doit être un hématome. Le début brusque des accidents à la suite d'une sorte d'ictus, qui se rapproche des attaques d'apoplexie, semble bien l'indiquer. CAMUSET.

IV. NOTE SUR UNE DÉVIATION DE LA COLONNE VERTÉBRALE, SE RENCONTRANT CHEZ UN GRAND NOMBRE D'INDIVIDUS BIEN PORTANTS ; par M. Paul RICHER, chef du laboratoire de la clinique des maladies du système nerveux, à la Salpêtrière. (*Nouv. iconographie de la Salpêtrière*, 1895, n° 3.)

Les recherches de M. Richer ont porté sur quarante individus âgés de vingt à quarante ans, choisis parmi des hommes bien constitués, des modèles d'atelier pour la plupart. M. Richer ne s'est occupé que des trois points suivants : 1° la rectitude de la colonne vertébrale ; 2° la conformation postérieure du thorax ; 3° l'horizontalité des épaules. Les premier et troisième points sont simples et ne demandent pas d'explication préliminaire, le deuxième point, lui, exige d'être bien fixé. Quand on regarde le thorax par sa face postérieure, on voit qu'il est recouvert en haut par le scapulum entouré de muscles puissants, et qu'en bas il est masqué par deux masses musculaires ; la masse des muscles spinaux en dedans, celle du grand dentelé en dehors et en haut. Le grand dorsal est uniformément étendu sur toute la région. Entre les muscles spinaux et le grand dentelé il existe un espace étroit, triangulaire, à sommet en haut et en dedans. En ce point la cage thoracique n'est séparée de la peau que par le corps mince du grand dorsal. Or, la profondeur de ce sillon triangulaire est en rapport avec le développement du thorax, elle s'accuse d'autant plus que la cage thoracique est déprimée, elle est effacée presque si le plan osseux est saillant.

Ceci établi, voici les résultats des observations de l'auteur : sur les quarante sujets, pas un seul ne présentait à la fois une rectitude parfaite du rachis, une conformation thoracique postérieure semblable des deux côtés, et les épaules exactement situées au même niveau. Si on étudie séparément les trois points convenus, on constate que le rachis n'est réellement droit que chez deux sujets et que chez les trente-huit autres il présente une incurvation latérale dorso-lombaire à convexité tournée à gauche. On constate aussi que la conformation thoracique postérieure n'est symétrique que chez un seul sujet, et que le plus souvent il existe une dépression fort nette à droite, en sorte qu'on peut établir que, presque toujours, le thorax présente une voussure du côté de la

convexité de la courbure rachidienne. On constate enfin en troisième lieu, que la hauteur des épaules est inégale chez trente-huit sujets sur quarante. Il n'y a pas de règle générale quant à la prédominance de la hauteur d'une des deux épaules, relativement à la courbure rachidienne.

M. Richer fait observer ensuite que, de ses recherches, il résulte qu'il existe une véritable scoliose dorso-lombaire gauche, chez les individus réputés normaux, laquelle scoliose est parfaitement caractérisée par les signes classiques de toutes les scolioses : incurvation du rachis, déformation du thorax, inégalité du niveau des épaules. Remarquer que la scoliose physiologique des auteurs est tout autre que celle qui vient d'être étudiée dans cet article, elle siège seulement au dos, elle est tournée à droite et l'épaule droite est la plus haute. Il faudrait donc pour résoudre cette question, multiplier les observations. Je dirai en terminant, que M. Richer tend à attribuer l'irrégularité morphologique qu'il signale, à la fréquence habituelle de la station hanchée droite, laquelle met les épaules, le thorax et la colonne vertébrale, dans les conditions d'asymétrie, précisément semblables à celles qui prédominent chez les individus qu'il a observés. C.

V. Du rapport de l'eczéma chronique avec l'anesthésie de la peau ; par le professeur Stoukovenloff (de Kieff). (*Nouv. iconographie de la Salpêtrière*, 1895, n° 3.)

Partant de ce principe que la peau est un organe intimement lié avec le système nerveux, l'auteur suppose que les centres trophiques de la peau, organe de la sensibilité, sont situés, avec les centres trophiques des nerfs de la sensibilité, dans les ganglions intervertébraux, et que les nerfs trophiques accompagnent les nerfs de la sensibilité. Il déduit de cette supposition que les troubles trophiques de la peau doivent être accompagnés, au moins fréquemment, de troubles de la sensibilité. C'est pourquoi l'on doit, dans certaines affections de la peau, dans l'eczéma chronique, par exemple, examiner avec soin la sensibilité des sujets.

Ayant donc étudié systématiquement, à ce point de vue, un nombre important d'eczémateux, le professeur Stoukovenkoff a pu constater que la plupart d'entre eux présentaient les troubles sensitifs caractéristiques de l'hystérie. Exposé des observations. La conclusion finale est que l'eczéma est souvent un symptôme de l'hystérie, et qu'on ne doit attribuer aux irritations extérieures qu'une importance secondaire équivalente à celle qu'on leur accorde dans l'apparition des autres symptômes de l'hystérie.

C.

VI. Zona généralisé a la presque totalité de la moitié gauche du corps; par M. Edmond Fournier, interne des hôpitaux. (*Nouv. iconographie de la Salpêtrière*, 1895, n° 3.)

Observation. — Une femme de vingt-trois ans, exempte d'antécédents neuropathiques personnels ou héréditaires, mais ayant quand même un passé pathologique défavorable : scarlatine, fièvre typhoïde, péritonite, hystérectomie, etc. Cette femme, en traitement à Saint-Louis, présente un zona extraordinaire par son étendue, il s'étend, en effet, de l'épaule à la partie moyenne de la cuisse correspondante, le membre supérieur est envahi jusqu'au pouce. Cette affection s'est établie par le fait d'une série de zones développées successivement, chaque éruption étant précédée de violentes douleurs névralgiques.

L'auteur ne connait pas de cas semblable, il affirme cependant que cette éruption, quelque vaste qu'elle soit, n'en est pas moins un véritable zona. Elle présente les trois grands caractères du zona : 1° l'unilatéralité absolue; 2° la distribution anatomique parallèle à certains troncs nerveux; 3° le caractère névralgique des douleurs. C.

VII. Un nouveau type d'hémiplégie alterne (Hypoglosse gauche et membres droits; par Mme Anna Goukovsky, d'Odessa). (*Nouv. iconographie de la Salpêtrière*, 1895, n° 3.)

Les types d'hémiplégie alterne admis jusqu'ici sont : 1° le type Millard-Gluber intéressant le facial d'un côté, les membres de l'autre; 2° le type de Weber, caractérisé par la paralysie de la troisième paire d'un côté et des membres de l'autre. Ces formes d'hémiplégie indiquent une lésion protubérantielle et peuvent présenter diverses variétés. L'auteur expose une observation qui doit, d'après lui, faire admettre un nouveau type d'hémiplégie alterne. — Suit la relation détaillée de l'observation avec l'autopsie complète. L'observation peut se résumer ainsi : hémiplégie complète des membres du côté droit, sans paralysie faciale, sans aphasie motrice ou sensorielle, fait qui exclut déjà toute lésion centrale ou pédonculaire. La lésion ne pouvant exister qu'au delà du point où le facial est dissocié du faisceau des membres. En outre, paralysie complète avec déviation à gauche et atrophie de toute la moitié gauche de la langue, donc la lésion siégeait au noyau de l'hypoglosse ou au-dessous, par conséquent dans la région bulbaire. En résumé, la lésion intéressait à la fois l'hypoglosse gauche et le faisceau moteur droit, elle ne pouvait donc se rencontrer ailleurs que dans le sillon qui sépare l'olive de la pyramide à droite, à la partie supérieure de celle-ci, avant l'entre-croisement des pyramides. L'autopsie justifia le diagnostic, on trouva au lieu

indiqué un foyer de ramollissement, suite d'artérite. Il existe donc un type d'hémiplégie croisée caractérisé par la paralysie de l'hypoglosse d'un côté, et celle des membres du côté opposé. C.

VIII. Ophtalmoplégie externe bilatérale et hémiplégie droite, consécutive a la rougeole; par M. le Dr Raymond. Leçon faite à la Salpêtrière le 14 juin 1895 et recueillie par M. le Dr A. Souques, chef de clinique. (*Nouv. inconogr. de la Salpêtrière*, 1895, n° 5.)

Dissertation clinique sur le cas d'un enfant, à antécédents personnels névropathiques, qui, dans le cours d'une rougeole, fut atteint d'une hémiplégie droite avec ophtalmoplégie externe double, en même temps que la marche est titubante. Le syndrome nerveux s'était établi progressivement sans ictus, et après avoir subi une période d'aggravation, il tendait à rétrocéder. Quel est le siège et la nature de la lésion cause de ce syndrome? — M. le Dr Raymond rappelle d'abord certaines notions anatomiques généralement admises aujourd'hui : le moteur oculaire commence à son origine dans la colonne de substance grise située au-dessous de l'aqueduc de Sylvius et dans les parois du troisième ventricule. Cette colonne n'est qu'une série de centres successifs, destinés aux divers muscles de l'œil. En avant, sous la paroi du troisième ventricule, sont les centres des muscles accomodateurs et des muscles de l'iris. Sous l'acqueduc de Sylvius et d'arrière en avant sont les centres des muscles droit externe, releveur de la paupière, droit supérieur, droit inférieur, petit oblique, enfin le centre du pathétique. Tous ces centres occupent la partie supérieure de la protubérance, ils sont peu éloignés des tubercules quadrijumaux, des pédoncules cérébelleux supérieurs et du thalamus. Ils sont situés de chaque côté de la ligne médiane, ceux d'un côté presque en contact avec ceux du côté opposé. On sait aussi que les fibres des pyramides s'épanouissent dans la protubérance en fascicules séparés les uns des autres par des fibres transversales venues principalement des pédoncules cérébelleux moyens. — Ces notions anatomiques posées, on comprend qu'un foyer situé au-dessous de l'aqueduc, de manière à intéresser les noyaux gris et les fibres pyramidales du côté gauche, respectera les centres accommodateurs et photo-moteurs, alors qu'il produira une ophtalmoplégie externe bilatérale, puisque les centres des muscles moteurs de l'œil sont contigus, ceux d'un côté touchant presque ceux de l'autre côté, et qu'il produira en même temps une hémiplégie droite, par suite de la destruction ou de la compression des fibres pyramidales du côté gauche. Ce même foyer produira aussi du nystagmus et de la titubation, à cause du voisinage des pédoncules cérébelleux supérieur et moyen. Une telle lésion produira donc, en fin de compte, tous les symptômes relevés chez

l'enfant, sujet de l'observation. La conclusion est donc que le jeune malade est atteint de une ou de plusieurs lésions en foyer, à la partie supérieure de la protubérance, derrière l'aqueduc de Sylvius et à gauche. — Quant à la pathogénie des lésions, M. Raymond l'explique par une artérite infectieuse déterminée par la rougeole. Se basant enfin sur les dispositions anatomiques des artères venues du tronc basilaire et destinées aux noyaux d'origine des nerfs de la région, il arrive à préciser les rameaux du tronc basilaire, sur lesquels l'artérite s'est développée, et qui sont ainsi devenus le point de départ de tout le processus pathologique.

CAMUSET.

IX. CONTRIBUTION A LA NATURE HYSTÉRIQUE DE LA TÉTANIE DES FEMMES ENCEINTES; par MM. GILLES DE LA TOURETTE et BOLOGNÉSI. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1895, n° 5.)

M. le Dr Raymond disait en 1886 : La tétanie n'est pas une entité morbide, c'est un syndrôme appartenant à divers états pathologiques, et l'hystérie joue un rôle considérable dans son développement. Les auteurs, pour confirmer cette opinion, qui s'est du reste rapidement répandue, rapportent l'observation suivante : Une femme de trente et un ans, à antécédents nerveux héréditaires et personnels prononcés, convulsions fréquentes jusqu'à l'âge de trois ans ; à la puberté, crises de tétanie, lesquelles disparaissent jusqu'à son mariage à l'âge de vingt ans. Mais pendant ce laps de temps, elle a divers accidents de nature certainement hystérique. Cette femme eut plusieurs grossesses, à chacune d'elles, elle eut des crises de tétanie. Ces crises étaient annoncées quelques heures d'avance par du malaise, des bouffées de chaleur, la sensation de boule à la gorge, puis les mains devenaient absolument insensibles, ensuite les membres supérieurs, et dans certaines crises les membres inférieurs également, se raidissaient et se contracturaient très violemment, ils étaient le siège de douleurs plus ou moins vives, et la peau insensible, auparavant, était au contraire hypéresthésiée. Ces crises se ressemblaient toutes, mais elles étaient plus ou moins longues et plus ou moins violentes. Dans l'intervalle des grossesses, elles manquaient, mais elles étaient remplacées par des manifestations hystériques diverses, enfin la malade présentait de nombreux stigmates permanents de la névrose.

CAMUSET.

X. UN CAS DE GANGRÈNE CUTANÉE D'ORIGINE HYSTÉRIQUE; par M. VEUILLOT. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*. 1895, n° 5.)

Homme de vingt ans, père inconnu, mère hystérique. Comme antécédents personnels : rougeole, fièvre typhoïde, syphilis, traumatisme grave, hystérie qui s'accuse quelque temps après la syphi-

lis et le traumatisme, et qui se manifeste surtout par de grandes crises convulsives. Ce malade se présente à Saint-Louis porteur d'une ulcération à la cuisse gauche. Cette plaie a 8 centimètres de longueur sur 3 centimètres de largeur, elle est atone, superficielle et grisâtre, ses bords sont un peu surelevés et durs. Toutes les parties voisines sont le siège d'un œdème blanc. L'ulcération aurait commencé par un bouton qui aurait augmenté de volume, puis l'escarre centrale serait tombée, tout se serait passé sans douleur. Nombreux stigmates d'hystérie : plaques d'anesthésie, point douloureux épiglottique, anesthésie bucco-pharyngienne, rétrécissement du champ visuel, etc. Traitement : potions et poudres inertes dénommées solution d'iodure et poudre de fulminate ; la plaie est isolée par un appareil plâtré inamovible. Guérison rapide sous l'influence du seul traitement psychique. C.

XI. Un cas de myopathie primitive progressive (*type facio-scapulo-huméral*) avec pseudo-hypertrophie des muscles des membres inférieurs et attitude vicieuse extraordinaire ; par les Drs Glorieux et Van Gehuchten.

L'histoire des myopathies est loin d'être éclaircie. Après avoir été divisées en formes multiples, les amyotrophies myopathiques ont été de nouveau réunies en une forme unique. Bien plus, il paraît que la distinction entre myopathies d'origine neurotique et myopathies d'origine musculaire n'est pas si nettement tranchée qu'on aurait pu le croire tout d'abord et qu'entre les deux formes extrêmes d'amyotrophie progressive on pourrait trouver des formes intermédiaires, telle l'amyotrophie forme Charcot-Marie; due manifestement à des lésions nerveuses avec réaction de dgénérescence et contractions fibrillaires, mais offrant de commun avec les myopathies primitives de survenir dans l'enfance et d'avoir le caractère familial. Chez l'intéressant malade dont l'histoire fait l'objet du présent mémoire, on croit avoir affaire, à ne considérer que les membres inférieurs, à un cas de paralysie pseudo-hypertrophique ou myosclérosique de Duchenne. En ne tenant compte, au contraire, que de l'atrophie considérable des muscles de l'épaule et du bras des deux côtés, jointe à la parésie de certains muscles de la face, on rangerait ce cas de myopathie dans le groupe des myopathies atrophiques progressives ou dans le type facio-scapulo-huméral de Landouzy-Déjerine ; preuve nouvelle que les deux types d'atrophies myopathiques, la myopathie atrophique progressive et la myopathie pseudo-hypertrophique, ne constituent pas deux entités morbides distinctes. Du reste, l'atrophie musculaire des membres supérieurs n'est pas localisée exclusivement aux muscles de l'épaule et du bras; elle a déjà envahi quelques muscles de l'avant-bras et marche insensiblement vers une myopathie généralisée.

Remarque importante, chez ce malade, les muscles de la région sacro-lombaire sont normaux, ce qui semble prouver, à l'évidence, que la lordose lombaire qui a existé chez lui depuis l'âge de quinze ans jusqu'à vingt-huit ans, et qui est un des symptômes les plus précoces des cas de myopathie primitive intéressant les membres inférieurs, ne peut être attribuée, comme on le fait généralement à l'atrophie des muscles sacro-lombaires. Cette lordose est due uniquement à la faiblesse des muscles fessiers et des muscles de la région postérieure de la cuisse, muscles qui sont les extenseurs du bassin sur le fémur. (*Revue neurologique*, avril 1896.) E. B.

XII. SUR UN CAS D'ATROPHIE DE LA LANGUE DANS LE MAL DE POTT SOUS-OCCIPITAL; par le Dr P. MARIE.

Il s'agit d'un homme atteint de mal de Pott sous-occipital dès l'enfance et chez qui existe un certain degré d'atrophie et de parésie des muscles de la langue, ce qui n'est pas fréquent dans cette affection.

Cette atrophie et cette parésie linguales ne semblent pas avoir présenté une marche progressive. (*Revue neurologique*, avril 1896.)

XIII. L'HÉRÉDITÉ ET L'ÉTIOLOGIE DES NÉVROSES; par le Dr SIGM. FREUD.

L'auteur s'adresse spécialement aux disciples de Charcot pour faire valoir quelques objections contre la thèse étiologique des névroses qui nous a été transmise par le maître. On sait que d'après cette théorie, l'hérédité nerveuse est, pour les affections névrosiques la seule cause vraie et indispensable, les autres influences étiologiques ne devant aspirer qu'au nom d'agents provocateurs.

Tout d'abord M. Freud commence son travail par une innovation nosographique. Pour lui les grandes névroses se divisent en deux groupes : dans le premier se trouvent l'hystérie et la névrose des obsessions, cette dernière étant liée à l'hystérie plus étroitement qu'on ne croirait. Dans le second groupe, on trouve la névrasthénie de Beard, laquelle se décompose en deux états fonctionnels séparés par l'étiologie, comme par l'aspect symptomatique, la névrasthénie propre et la névrose d'angoisse. Ce premier point établi, il range les influences étiologiques des névroses en trois classes :

1° *Conditions* qui sont indispensables pour la production de l'affection mais qui sont de nature universelle et se rencontrent dans l'étiologie de diverses affections ; 2° *causes concurrentes* ou accessoires; 3° *causes spécifiques,* aussi indispensables que les conditions mais de nature étroite et qui n'apparaissent que dans l'étiologie de l'affection de laquelle elles sont spécifiques.

Or, dans la pathogénèse des grandes névroses, l'hérédité remplit

le rôle d'une condition puissante dans tous les cas, indispensable dans la plupart, mais qui ne saurait se passer de la collaboration des causes spécifiques. L'expérience montre que l'hérédité et les causes spécifiques peuvent se remplacer par le côté quantitatif, que le même effet pathologique sera produit par la concurrence d'une étiologie spécifique très sérieuse avec une disposition médiocre ou d'une hérédité nerveuse chargée avec une influence spécifique légère. Alors on peut admettre qu'il se rencontre des cas de névroses où on cherchera en vain un degré appréciable de disposition héréditaire, pourvu que ce manque soit compensé par une puissante influence spécifique. Comme causes concurrentes ou accessoires des névroses, on peut énumérer tous les agents banals rencontrés ailleurs sans qu'aucun d'eux, pas même le surmenage intellectuel, entre régulièrement ou nécessairement dans l'étiologie des névroses.

Quelles sont donc ces causes spécifiques des névroses? est-ce une seule ou y en a-t-il plusieurs? Tout en étant persuadé que sa théorie évoquera « un orage de contradictions de la part des médecins contemporains », l'auteur maintient, appuyé sur un examen laborieux des faits, que chacune des grandes névroses énumérées a pour cause immédiate un trouble particulier de l'économie nerveuse et que ces modifications pathologiques fonctionnelles reconnaissent comme source commune la vie sexuelle de l'individu, soit désordre d[illegible]e actuelle, soit événements importants de la vie passée.

On a toujours admis les désordres sexuels parmi les causes de la nervosité, mais on les a subordonnés à l'hérédité, alors que l'auteur élève ces influences sexuelles au rang des causes spécifiques.

La névrasthénie propre (fatigue, sensation de casque, dyspepsie flatulente, paresthésies spinales, faiblesse sexuelle, etc.) ne reconnaît comme étiologie spécifique que l'onanisme immodéré ou les pollutions spontanées; la névrose d'angoisse (irritabilité, état d'attente anxieuse, phobies, attaques d'angoisse complètes ou rudimentaires, de peur, de vertige, tremblements, sueurs, congestion, dyspnée, tachycardie, etc...) est l'effet spécifique de l'abstinence forcée, du coït imparfait ou interrompu, d'une irritation génitale fruste.

La cause spécifique de l'hystérie est un souvenir qui se rapporte à la vie sexuelle, mais qui offre deux caractères de la dernière importance : l'événement duquel le sujet a gardé le souvenir inconscient, est une expérience précoce de rapports sexuels avec irritation véritable des parties génitales, suite d'abus sexuel pratiqué par une autre personne, et la période de la vie qui renferme cet événement funeste est la première jeunesse, les années jusqu'à l'âge de huit à dix ans, avant que l'enfant soit arrivé à la maturité sexuelle.

La névrose d'obsessions relève d'une cause spécifique très ana-

logue à celle de l'hystérie. On y trouve aussi un événement sexuel précoce, arrivé avant l'âge de la puberté, duquel le souvenir devient actif pendant ou après cette époque. Il n'y a qu'une différence qui semble capitale. Il y avait au fond de l'étiologie hystérique un événement de passivité sexuelle, une expérience subie avec indifférence ou effroi ; dans la névrose d'obsessions, il s'agit, au contraire, d'un événement qui a fait plaisir, d'une participation avec jouissance aux rapports sexuels. Les idées obsédantes réduites à leur expression la plus simple, ne sont pas autre chose que des reproches que le sujet s'adresse à cause de cette jouissance sexuelle anticipée, mais des reproches défigurés par un travail psychique inconscient de transformation et de substitution. (*Revue neurologique*, mars 1896.) E. B.

XIV. Angiome simple du cervelet ; par le Dr L. Hektoen.

Chez une femme de quarante ans, morte des suites presque immédiates d'une fracture du crâne, l'autopsie montra, en dehors des lésions dépendant de la fracture, les modifications suivantes dans l'hémisphère droit du cervelet : à l'ouverture du quatrième ventricule par une incision médiane au travers du vermis et de la valvule de Vieussens, on voit, à demi enfouie dans la partie droite de la paroi supérieure de ce ventricule quatre petites tumeurs de 2 à 4 millimètres de diamètre, de couleur rouge foncé, l'épendyme paraît normal à leur niveau. La surface de section du vermis montre quelques nodules semblables dont un ou deux ont été incisés : l'incision donne issue à du sang.

La surface externe de l'hémisphère droit du cervelet présente de-ci et de-là de semblables tumeurs qui soulèvent la pie-mère sans que cette dernière soit modifiée à leur niveau, diverses sections de cet hémisphère cérébelleux révèlent la présence de semblables tumeurs dans l'intérieur de la masse cérébelleuse : dans la substance blanche centrale sont de larges cavités irrégulières, subdivisées, dans lesquelles il est facile de reconnaître des vaisseaux sanguins dilatés. A la loupe, on peut distinguer de nombreuses cavités plus petites. Il n'y a que du sang dans ces nodules et cavités : du reste, aucune extravasation sanguine.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait là d'angiomes simples dans un hémisphère cérébelleux contenant des capillaires et des veines irrégulièrement formés et anormalement dilatés. Au niveau des lames superficielles, les lames de substance grise étaient amincies, probablement sous l'influence de la pression. De plus, à quelque distance des sacs angiomateux les cellules de Purkinje avaient disparu, peut-être par suite du trouble apporté dans la circulation.

Cet angiome du cervelet n'avait déterminé aucun trouble fonc-

tionnel jusqu'à l'accident mortel qui le fit découvrir. (*American journal of insanity*, janvier 1896.) E. B.

XV. ÉTUDE SUR QUELQUES POINTS DE PATHOLOGIE CÉRÉBRALE; par le Dr A. MEYER.

Sur vingt cerveaux d'épileptiques dont l'auteur a fait l'examen macroscopique et histologique, sept montraient des lésions distinctes, dont plusieurs pouvaient être incriminées comme causes de l'épilepsie. En attendant un travail plus étendu sur ce sujet, l'auteur résume l'examen histologique des deux principaux cas.

Dans le premier, l'épilepsie a été déterminée par deux kystes appartenant à une forme spéciale de gliome et situés, l'un dans l'écorce cérébrale, au niveau de la partie moyenne de la seconde circonvolution frontale, l'autre sur le plancher du quatrième ventricule.

Dans le second cas il s'agissait d'épilepsie avec hémiplégie infantile, l'autopsie révéla l'existence d'une vaste poche kystique située au niveau de la partie moyenne de la pariétale ascendante du côté gauche et pénétrant largement dans l'hémisphère en déterminant une vaste perte de substance des ganglions de la base et du lobe temporal. L'auteur termine son travail par quelques considérations intéressantes sur la dégénérescence et la régénération des cellules ganglionnaires. (*American journal of insanity*, octobre 1895.)
E. B.

XVI. L'HYPOPLASIE DU CŒUR CHEZ LES DÉBILES; par WULFF. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, LI, 2.)

La constatation de la petitesse relative du cœur chez les faibles d'esprit a entraîné M. Wulff à de longues recherches sur les rapports entre le poids du cœur et celui du corps, entre le poids du cerveau et le poids du corps, et par suite sur ces deux rapports formulés à l'état de norme proportionnelle chez l'individu sain d'esprit et chez l'individu faible d'esprit. D'où l'expression d'un nouveau rapport. L'auteur conclut à une disproportion entre le cœur et le cerveau, qui entraîne une irrigation défectueuse de ce dernier; le cerveau ne peut donc conserver son rang quand il y a hypoplasie cardiaque. P. K.

XVII. NEUROTABES ALCOOLIQUE, SYPHILITIQUE OU MERCURIEL; par A. NOLDA (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895)

Il s'agit d'un dipsomane de vingt-six ans, infecté par la syphilis en 1892, atteint la même année de polynévrite avec toute sorte de signes physiques et intellectuels de la dégénérescence des alcooliques. A la mi-1893, les troncs nerveux sont tuméfiés, douloureux

spontanément et à la pression, la démarche est incertaine; on constate le signe de Romberg, la réaction dégénérative, la disparition des réflexes patellaires, finalement une paralysie complète des jambes. Accidents qui rétrocèdent sous l'influence d'onctions mercurielles énergiques. Le malade sort et se remet à boire; les accidents reviennent. On le séquestre; tout disparaît. Enfin il succombe à une dernière débauche. Aussi, s'agit-il, probablement d'une névrite ou d'un pseudo-tabes alcoolique. P. K.

XVIII. Comme quoi il est légitime de séparer de la neurasthénie un syndrome spécial sous le nom de névrose anxieuse; par S. Freud. (*Neurol. Centralbl.*, XIV, 1895.)

L'auteur en dénombre les éléments. Ce sont : une exagération extrême de la sensibilité à l'égard des bruits qui empêche tout sommeil; une perpétuelle appréhension aboutissant soit à des accès d'angoisse physique (palpitations, dyspnée, sueurs, tremblements), soit à des accès d'angoisse psychique, le plus souvent à un accès d'angoisse complet; des terreurs nocturnes, des vertiges, des phobies de toutes variétés, des troubles digestifs, des paresthésies associées en un cortège comparable à celui de l'aura hystérique; des hallucinations ou des illusions. L'hérédité joue le rôle primordial dans sa genèse. La cause déterminante est, chez la femme, l'éveil du besoin sexuel à demi ou non satisfait; chez l'homme les pratiques tendant à l'accomplissement incomplet du coït; pour les deux sexes, la masturbation et le surmenage. Il y a soustraction d'une partie des éléments matériels de l'orgasme vénérien qui devaient être perçus par le psychê; ces forces s'emploient anormalement à d'autres activités (voir p. 48). P. K.

XIX. Observation d'hystérie avec accidents d'akinésie douloureuse; par A. Spanbock. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Jeune garçon de douze ans, issu de mariage consanguin (parents sujets à des céphalalgies); onanisme, étude exagérée du Talmud. On constate un spasme pharyngien croupal, avec anesthésie pharyngienne, douleurs dans les mains puis céphaliques ou abdominales, et finalement convulsions cloniques des membres supérieurs, zônes hystérogènes le long de la colonne vertébrale et au niveau de la ceinture scapulaire; les attaques cessent quand on comprime les testicules. Diminution des réflexes tendineux dans les membres inférieurs, surtout à gauche; exagération des réflexes crémastériens; hyperesthésie générale. — Il existe dans les extrémités et le tronc, surtout au ventre, des douleurs persistantes, s'exaspérant à certains mouvements. Les douleurs abdominales forcent le patient à se tenir couché ou debout, ou bien à s'asseoir sur un plan incliné

afin d'éviter la flexion du tronc qui exagère les douleurs. Les douleurs dans les extrémités inférieures empêchent le malade de marcher, *à fortiori* de courir, les mouvements volontaires exaspérant les douleurs. Pour se mettre au lit, quand il sent venir les attaques, il fléchit à peine la cuisse, s'appuie à l'aide d'un coude sur l'oreiller, tire à lui le tronc et finalement les jambes après lui. Pour se lever du lit, il laisse pendre les jambes mais non complètement, soulève ensuite le tronc avec circonspection en s'appuyant solidement sur les mains, afin d'éviter toute flexion du tronc. Aucune altération musculaire. Depuis quelque temps, il ne peut plus lire, sinon il ressent des douleurs dans les yeux.

Tous les auteurs tiennent l'akinésie douloureuse pour une affection dynamique rentrant dans l'hystérie, mais ils veulent en faire une nouvelle psychopathie. Pour nous c'est un trouble d'origine hystérique, rien de plus. En effet, en quelques cas l'auto-suggestion l'aggrave; quant aux cas en apparence purs, il en est pour eux comme pour l'astasie-abasie seule, c'est une forme d'hystérie monosymptomatique. A plus forte raison, quand l'akinésie douloureuse s'accompagne, comme ici, d'accidents nets d'hystérie. La thérapeutique électrique ou pharmaceutique, ne nous a pas plus qu'aux autres donné de résultats. La cautérisation de la colonne vertébrale a fait cesser les convulsions, diminué les douleurs, amélioré les mouvements, mais d'une façon toute passagère.

P. Keraval.

XX. D'une forme de névrite produite par des affections vasculaires; par H. Schlesinger. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Observation de *polynévrite consécutive à l'artérite oblitérante* du vasa nervorum : *autopsie*, figures. — Il s'agit d'un homme de soixante-neuf ans, tout à fait bien portant, non syphilitique. D'abord douleurs avec affaiblissement de la jambe gauche et névralgie intercostale du même côté ; neuf mois plus tard, aggravation avec exaspération, par poussées; hypertrophie du ventricule gauche. Puis, soudain, paralysie des extenseurs successivement des deux membres supérieurs et des muscles péroniers; plus tard encore, parésie du triceps et du deltoïde; finalement, paralysie avec atrophie rapide de la plupart des muscles des extrémités avec contractures. Diminution de l'excitabilité électro-faradique, réaction dégénérative de plusieurs muscles, diplopie, sensation de froid intense et continue dans les jambes ; paralysies dissociées du sens de la température et de la douleur dans le dos. Paralysie de tous les modes de la sensibilité aux extrémités les plus reculées des membres, troncs nerveux un peu sensibles à la pression; muscles très sensibles. Violentes douleurs spontanées dans tous les membres. Troubles passagers de la vessie et du rectum. Accidents du

décubitus aigu au niveau de l'olécrâne droit. Evolution chronique progressive. Durée totale : un an. *Autopsie* : emphysème pulmonaire, léger athérome des gros vaisseaux. Dégénérescence très accusée des vasa nervorum; il existe dans tous les troncs nerveux une prolifération du tissu conjonctif endoneural, un recoquillement partiel des trousseaux nerveux dégénérés. Dans les artères, il y a épaississement de trois tuniques, rétrécissement et obturation de leurs lumières, thrombose de quelques-unes. Les veines sont également lésées. Dégénérescence ascendante des nerfs jusqu'aux cellules des cornes antérieures. Dégénérescence des racines postérieures et dégénérescence ascendante consécutive des cordons postérieurs. Inflammation dégénérative des muscles dont les vaisseaux sont très altérés.

Cette observation a pour complément une autre observation identique. Suit une étude clinique et critique à la lumière d'observations empruntées à la bibliographie. P. KERAVAL.

XXI. UNE COMPLICATION DE L'IRRITATION SPINALE CHEZ LES SYPHILITIQUES; par M. FRIEDMANN. (*Neurolog. Centrabl.*, XIV; 1895.)

Les neuropathies fonctionnelles des syphilitiques s'accompagnent plus fréquemment qu'on ne le croit de lésions organiques, qui, sans être forcément malignes, entretiennent, en s'établissant sur un point faible quelconque du corps, une tendance au rappel de l'affection fondamentale disparue. Telle est l'irritation spinale qui chez le syphilitique se montre accompagnée des lésions locales les plus diverses en soi légères mais constituant autant d'épines organiques. L'auteur croit que l'irritation spinale commune s'accompagne aussi souvent de petites lésions locales centrales et périphériques, qu'il y a lieu de soupçonner en pareil cas l'importance primordiale de semblables lésions en réalité primigènes, autonomes, causes réelles de l'irritation spinale et premiers éléments d'un tabes par exemple. En tout cas, il faut se demander si la névrose n'a pas un rapport purement accidentel avec les troubles locaux, et si les deux éléments (fonctionnel et organique) ont une source commune dans la syphilis.

Les troubles locaux n'apparaissent que dans le cours et dans la sphère de l'irritation spinale; ce rapport n'est pas purement accidentel, mais il est difficile d'établir que l'irritation spinale soit sous la dépendance de la syphilis. Quant aux troubles locaux, ils appartiennent à ceux qu'il faut imputer à la syphilis. Voici, par exemple une perturbation locale à peine progressive du sens thermique relevant non d'une syringomyélie, mais d'une lésion centrale organique qui est apparue avec l'irritation spinale (obs. I). Voici encore une allure mobile du phénomène du genou, dont les oscillations sont de cause centrale (obs. II). Ici, ce sont des anes-

thésies digitales tenant à une légère névrite de la branche terminale sensible du pouce gauche, et non à une névrose fonctionnelle (obs. III) ; là, c'est une névrite indéniable survenant chez un homme vigoureux et bien portant qui n'a eu jusqu'alors que des malaises neurasthéniques à forme d'irritation spinale. Tous ces accidents supposent des altérations compliquant, en l'absence du diabète ou de l'albumine, l'irritation spinale généralisée. Il reste cependant à déterminer le degré de fréquence avec lequel l'irritation spinale syphilitique donne naissance à des complications locales, et le rapport des mêmes complications avec l'irritation spinale considérée comme névrose généralisée. C'est une question semblable à celle qui se pose pour les cas dans lesquels on trouve à l'autopsie des syphilitiques deux ou plusieurs processus anatomiques distincts, telle une sclérose des cordons postérieurs tabétique type avec de l'endartérite ou de la méningite chronique, telle encore de la neurasthénie alcoolique avec des névrites ou des ataxies. P. K.

XXII. Paralysie progressive dans le jeune age et paralysie progressive (tabes) des gens mariés ; par F. Lührmann. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Observation I. — Paralysie générale à forme démentielle chez une fillette de dix-neuf ans, vierge; aucun signe de syphilis héréditaire ou acquise, aucune tare héréditaire. *Autopsie* confirmative.

Observation II. — Paralysie générale chez le mari à cinquante ans (mégalomanie, syphilis), et chez la femme à quarante-quatre ans (infection syphilitique, forme démentielle). *Autopsies confirmatives.*

Observation III. — Paralysie générale tabétique, démence, mort, chez le mari; chez la femme, signes physiques, commémoratifs et intellectuels de paralysie générale tabétique syphilitique, accidents de gomme osseuse; KI; amélioration. P. K.

XXIII. Paralysie dans le domaine du nerf péronier, dans la paralysie générale; par Moeli. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Cinq observations de paralysie périphérique attestée par l'état de l'excitabilité électrique et la limite de la paralysie. Deux autopsies témoignant d'une certaine déchéance des fibres nerveuses dans les racines postérieures lombaires et sacrées; intégrité des racines antérieures et des cornes antérieures. Comme dans tous ces cas, on a constaté le signe de Westphal, il y a lieu de croire que la paralysie péronière tenait à une lésion de la moelle lombaire, qu'il y avait, par suite, tabes sous-jacent. P. K.

XXIV. Observation de mutité hystérique; par B. Worotynsky. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Observation ayant ceci de remarquable que la mutité dura dix-huit mois, et que la guérison en eut lieu rapidement, après la troisième séance de suggestion verbale à l'état de veille. Il s'agit d'une jeune fille de vingt et un ans, ayant présenté les attaques et les stigmates caractéristiques de l'hystéro-épilepsie, et finalement le mutisme, avec aphonie, hypoesthésie pharyngienne. On place les électrodes d'un fort courant faradique des deux côtés du cou dans la région du larynx et on pratique la suggestion verbale. En même temps, on emploie la suspension pour rétablir la sensibilité, supprimer l'amblyopie de l'œil droit et réinstaller l'activité sensorielle de ce côté. C'est, comme le dit l'auteur, un traitement de « tour de force ». P. K.

XXV. Les yeux du neurasthénique; par J. Altabas. (*El Siglo medico*, mars 1895.)

Le trouble le plus habituel est l'impossibilité de fixer longtemps le regard, surtout pour la lecture et l'écriture, malgré une perception parfaite des caractères et une acuité visuelle intacte. Si le malade persiste il éprouve bientôt de la douleur dans les globes oculaires et les orbites, une sensation pénible de tension dans le front, les tempes, la nuque, puis dans tout le cuir chevelu, enfin des bourdonnements d'oreille, du vertige même, et quelquefois une certaine dépression et un obscurcissement de l'intelligence. Cette asthénopie accommodative est due à ce que les muscles de l'œil subissent le même processus de fatigue douloureuse et précoce que les autres muscles de l'économie, diminution progressive du pouvoir contractile, amiosthénie par amoindrissement de l'influx nerveux. Moins constantes sont les mouches volantes qui se produisent surtout après des écarts de régime; et les accidents transitoires simulant ceux du glaucome, dureté des globes, douleur à la pression, cercles irisés autour des objets lumineux, douleur pendant les mouvements de l'œil, tout cela dû à la congestion passagère des procès ciliaires par suite de troubles vaso-moteurs neurasthéniques. F. Boissier.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. Camphre monobromé ou bromure de camphre.

Sous ce titre, M. G. Maurange a publié dans le n° 40 de la *Gazette hebdomadaire* la note suivante qui rappelle l'attention sur un médicament dont l'efficacité, incontestable dans un grand nombre de maladies, principalement celles du système nerveux, est mieux reconnue ailleurs que chez nous.

Solubilité. — Insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, la glycérine, les huiles fixes et volatiles, l'éther.

Propriétés thérapeutiques. — Abaisse la température diminue le nombre des pulsations cardiaques, ralentit la respiration. Anaphrodisiaque. Atténue les actions réflexes. A ce dernier titre a été préconisé dans le tétanos, l'épilepsie (Bourneville). Serait un excellent médicament contre le priapisme de l'ataxie locomotrice, surtout en cas d'intolérance gastrique. Quelques auteurs lui attribuent une action excitante du système nerveux (Oinhart) : cette opinion est démentie par les expériences de Bourneville et Lawson. C'est au contraire un bon hypnotique, dont l'action est assez fidèle. Les insomnies des diabétiques sont, en particulier, heureusement influencées par les injections sous-cutanées de bromure de camphre. Enfin il y aurait un antagonisme partiel entre la strychnine et le bromure de camphre (Valenti y Vivo, cité d'après Bourneville et Bricon)[1].

Dose usuelle. — *Chez l'adulte* : 10 à 50 centigrammes par injection jusqu'à 2 grammes en vingt quatre heures.

Effets de l'injection. — a) *Immédiats*. Localement très vive douleur, surtout si l'on emploie la formule de Bourneville. Cette douleur ne persiste pas cependant au delà d'une demi-heure. Avec une formule de base huileuse, la cuisson est moins vive. — b) *Eloignés*. L'effet hypnotique se produit généralement une heure après l'injection de 30 à 40 centigrammes de camphre monobromé. L'élimination, assez rapide, se fait par les reins (Rabuteau) et par la muqueuse bronchique. L'abaissement de la température se pro-

[1] Bourneville et P. Bricon. — *Manuel des injections sous-cutanées*.

duit au moment de l'hypnose. — Localement il n'y a ni indurations, ni complications inflammatoires (abcès, etc.), même chez les diabétiques, à condition que l'opérateur, l'opéré, l'instrument aient été rigoureusement aseptisés.

FORMULES.

Monobromure de camphre	3 gr.
Alcool	23 —
Glycérine	22 —
1 à 2 centimètres cubes	BOURNEVILLE.

Camphre monobromé	2 gr. 50
Vaseline liquide stérilisée	20 cc.
2 à 4 centimètres cubes	MAURANGE.

A la prochaine occasion nous aurons recours à la formule de M. Maurange et, s'il y a lieu nous en reparlerons. Dans notre service de Bicêtre et dans notre pratique privée nous employons de préférence des *capsules* de 20 centigrammes, en ayant soin de les examiner et de nous assurer qu'elles sont bien dissoutes en faisant surveiller les garde-robes. On se rendra mieux compte de notre façon de procéder par l'exposé de quelques nouveaux cas empruntés au traitement de l'épilepsie, surtout vertigineuse, par le monobromure de camphre.

OBSERVATION I. — Henneq... (F.-Pierre), âgé de treize ans, est entré dans notre service le 5 octobre 1893. Il a eu :

En 1894, 57 accès, 760 vertiges.
— 1895, 31 — 993 —

soit une moyenne mensuelle de 82,75 vertiges. Depuis le 1er janvier jusqu'au 31 mai 1896, il a eu 132 vertiges se répartissant ainsi :

Janvier	Février	Mars	Avril	Mai
76	36	13	6	1

Pas d'accès depuis juillet 1895. Le traitement a consisté en élixir polybromuré et en capsules de bromure de camphre, d'après la progression suivante :

1re semaine,	1 cuillerée à soupe,			2 capsules.	
2e —	1	—	—	3	—
3e —	1	— 1/2	—	5	—
4e —	1	— 1/2	—	6	—
5e —	2	—	—	8	—
6e —	1	—	—	6	—
7e —	1	—	—	4	—
8e —	1/2	—	—	2	—

Nous avons suspendu pendant une semaine, puis recommencé de la même façon jusqu'à ce jour.

OBSERVATION II. — Chiffl... Suzanne, née le 10 octobre 1891, à Paris, est entrée à la Fondation Vallée, le 31 octobre 1895, elle est atteinte d'épilepsie avec accès et vertiges.

MOIS	ACCÈS	VERTIGES	MOIS	ACCÈS	VERTIGES
1895. Novembre.	4	175	1896. Mars . . .	14	200
— Décembre.	4	215	— Avril . . .	12	42
1896. Janvier. .	25	345	— Mai . . .	10	49
— Février. .	21	400			

L'enfant a été soumise au traitement suivant :

1re semaine,	1	cuillerée	à café	d'élixir polybromuré,	1	capsule de bromure de camphre
2e —	1	—	à dessert	—	2	—
3e —	1	—	—	—	3	—
4e —	1	—	à soupe	—	4	—

Suspension d'une semaine, puis reprise. — Sous l'influence du traitement prolongé, on voit que les vertiges ont notablement diminué.

Durant les premières semaines du traitement, nous restons toujours à des doses faibles, pour tâter en quelque sorte, la sensibilité du malade au médicament; nous les élevons ensuite progressivement. Ainsi chez cette enfant, à partir du 16 juin, la dose des capsules de bromure de camphre va jusqu'à 5, puis on descendra de 5 à 1 capsule.

OBSERVATION III. — Annico... (H.), âgé actuellement de dix-neuf ans, a été admis le 14 mai 1891. — En 1892, il a eu 15 accès et 86 vertiges. Il a pris de l'élixir polybromuré, et des douches jusqu'à la fin de 1892. En janvier 1893, tout en continuant l'élixir (de 1 à 4 cuillerées, soit 8 grammes), nous prescrivons des capsules de bromure de camphre de 2 à 8. — Sous l'influence du traitement, qui a été continué jusqu'à la fin de 1895, les vertiges descendent à 28 en 1893, à 0 en 1894, 2 en 1895 et aucun jusqu'à ce jour. Quant aux accès, ils ont diminué en 1893 (14), et en 1894 (8), pour remonter à 16 en 1895.

Il nous serait facile de multiplier ces exemples, mais joints

à ceux que nous avons précédemment rapportés ils nous semblent de nature à apporter la conviction dans l'esprit des praticiens et les amener à essayer de leur côté ce médicament dont ils devront *prolonger* l'administration pendant des mois ou même des années, s'ils veulent en obtenir un vrai bénéfice; du reste, cette prolongation est la même pour tous les médicaments employés dans l'épilepsie. BOURNEVILLE.

II. LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR L'OPIUM ET LE BROMURE; par LINKE. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, t. LII, fasc. 4.).

Flechsig a fait connaître en 1893 un nouveau mode de traitement de l'épilepsie basé sur l'administration de l'opium à doses croissantes (jusqu'à 1 gramme, 1gr,20) pendant six semaines, et sur la suppression brusque de ce médicament qui est remplacé par le bromure (7,50). Cette nouvelle médication a déjà donné lieu à de nombreux travaux de la part de Salzburg, de Benneke, de Stein, de Fränkel, de Hebold, de Stembo, de Wulff. Ce dernier auteur (mai 1895), a traité dix-neuf épileptiques par l'opium et le bromure : deux n'ont pu tolérer l'opium, cinq ont vu complètement disparaître leurs attaques, huit les ont vu diminuer; chez quatre il n'y a eu aucun résultat, En Hollande, V. Ziegenweidt a obtenu des améliorations notables.

Les recherches de l'auteur ont porté sur sept malades (six hommes et une femme) atteints d'épilepsie idiopathique avec troubles psychiques consécutifs aux accès. On a donné l'opium à l'état pur (opium à 12 p. 100 de morphine); la première semaine, 0,20 par jour les trois premiers jours et 0,30 les quatre autres; la deuxième semaine, 0,40 ; la troisième semaine, 0,60; la quatrième semaine, 0,80; la cinquième semaine, 1 gramme ; la sixième semaine, 1,20. Après la sixième semaine, suppression brusque de l'opium, qui est remplacé par les trois bromures (7,50 en trois doses par jour).

Pendant l'administration de l'opium, il y a eu une légère augmentation du nombre des accès. Une fois la médication bromurée instituée, les accès ont cessé chez un malade et ne se sont pas reproduits (depuis trois mois) ; chez deux autres des accès ont éclaté dans les premiers jours puis ont disparu. Deux autres épileptiques ont vu leurs accès diminuer de fréquense.

Au point de vue psychique l'influence du traitement paraît avoir été favorable : humeur plus paisible, disparition des phases d'agitation. Les troubles provoqués par l'administration de l'opium, à haute dose, ont été sans gravité : vomissements chez deux malades seulement, à la suite d'une dose de 1,20. La constipation a été notée à partir de la dose de 0,60.

Les phénomènes d'abstinence dus à la suppression brusque de

l'opium ont été insignifiants et 0,10 d'opium associés aux bromures, ont suffi pour les faire disparaître. Si tous les malades ont bien supporté le traitement opiacé et sa suppression, il n'en est pas de même pour le traitement consécutif par les bromures. On a eu à noter des manifestations toxiques intéressant le cerveau qui se sont développées avec rapidité, en deux jours, et reproduisaient le tableau clinique de la paralysie générale à sa période terminale. Chez un malade dont le cœur était le siège de lésions de dégénérescence, se produisit une paralysie aiguë du cœur qui entraîna la mort. Chez un autre la mort survint à la suite de deux accès épileptiques intenses. Il faut donc diminuer la dose de bromure habituellement indiquée en raison de la susceptibilité particulière du système nerveux qui a subi le traitement opiacé à haute dose. Il va sans dire que la méthode de Flechsig ne peut être appliquée que dans un asile. P. Sérieux.

III. Sur le traitement de l'épilepsie d'après la méthode de Flechsig; par Rabbas. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, t. LII, fasc. 4.)

Gowers avait déjà essayé d'associer la morphine aux bromures, mais sans en obtenir de bons résultats. Les effets favorables que donne l'opium dans le traitement des psychoses donnèrent à Flechsig l'idée de l'employer dans l'épilepsie. Quant au second point de la méthode, à savoir la suppression brusque de l'opium c'est encore l'observation clinique qui a déterminé Flechsig à l'essayer. Il avait remarqué en effet qu'il obtenait de bons résultats dans certaines maladies chroniques, la paranoïa par exemple, en cessant brusquement l'opium donné à la dose de 1 gramme et en le remplaçant par le bromure. Nombre d'expérimentateurs ont, après Fechsig, essayé la médication par l'opium et le bromure. Les résultats ont été contradictoires; cependant, en général, le traitement en question aurait donné à la plupart des observateurs des améliorations notables. Binswanger s'en déclare très satisfait surtout dans l'épilepsie des jeunes gens.

Au point de vue du mode d'action de cette médication Salzburg pense, avec Flechsig, qu'on peut admettre : 1° que l'opium agit favorablement en diminuant la température du cerveau et les mutations nutritives qui s'y produisent; 2° que l'excitabilité du cerveau est amoindrie; 4° que l'opium augmente la quantité de sang contenue dans le cerveau, ce qui a pour résultat, postérieurement, d'augmenter aussi la quantité de bromure qui est contenue dans cet organe.

L'auteur a traité seize malades (onze femmes et cinq hommes), par la méthode de Flechsig. Tous ces sujets avaient été soumis entièrement au traitement bromuré, et cela sans résultat. On a employé la poudre d'opium aux doses suivantes : 0,10 trois fois

par Jour, pendant quatorze jours; puis 0,20 trois fois par jour dans la seconde quinzaine; ensuite 0,30 également trois fois par jour, dans la troisième quinzaine. Le bromure (7,50) a ensuite remplacé l'opinm supprimé brusquement. Au cours de l'administration de l'opium les accès augmentèrent de fréquence chez quatorze sujets; le poids du corps diminua chez neuf sujets et un mois après chez six autres. Les règles cessèrent dans la plupart des cas. Dans six cas on observa des nausées et des vomissements. Comme symptômes d'abstinence, survenus au moment de la suppression brusque de l'opium, on a noté des vomissements. Pendant la période du traitement bromuré, les accès ont diminué de nombre. Ils ont complètement disparu dans douze cas, et ne se sont pas reproduits depuis deux ans, chez trois malades. Chez cinq autres ils ne se sont reproduits qu'après six ou dix mois à la suite de la diminution des doses de bromure. Les résultats n'ont pas été aussi favorables chez l'homme que chez la femme. La médication de Flechsig a une action favorable sur l'état mental des épileptiques; une malade a été, à ce point de vue, considérablement améliorée.

L'auteur reproduit la proportion des améliorations et des guérisons dues à la méthode en question, d'après les observations de Wulff, de Benneke et les siennes :

Wulff :	Disparition des accès. . . .	26,3	p. 100
	Amélioration	42,2	—
Bennecke :	Disparition des accès	86,6	—
	Amélioration.	13,3	—
Rabbas :	Disparition des accès	43,7	—
	Amélioration	56,2	—

Rabbas fait remarquer que les maladies sur lesquelles il appuie ses conclusions ont été observées pendant plus de deux ans, et conclut que le nouveau mode de traitement donne d'excellents résultats et qu'il réussit là où les autres médications ont échoué.

Il faut noter en terminant, que Flechsig pose comme contre-indications à sa médication : 1° l'état de mal; 2° la pléthore; 3° les lésions en foyer.

Paul Sérieux.

IV. Sur le traitement de l'épilepsie par la méthode de Flechsig; par le Dr Davenport.

La méthode indiquée par Flechsig est la suivante : par jour, 0gr,025 d'extrait d'opium en augmentant chaque jour de 0gr,025, jusqu'à prendre par jour 0gr,75; à ce moment, cesser le traitement par l'opium et substituer les trois bromures à la dose de 6 grammes par jour en quatre fois.

L'auteur a expérimenté cette méthode sur de nombreux

malades pendant plus d'une année et ses conclusions sont les suivantes :

1° La méthode de Flechsig n'amène pas la guérison de l'épilepsie; 2° elle présente cependant l'avantage d'amener un répit favorable dans les attaques ; 3° de plus elle calme les malades irritables en même temps qu'elle égaie les malades ayant une tendance à la dépression mélancolique.

Par la cessation des accès et des autres symptômes inquiétants, les malades redeviennent aptes à jouer un rôle actif dans la vie ; il y a intérêt à reprendre le traitement tous les deux ou trois mois, s'il donne des résultats. (*American journal of insanity*, oct. 1895.)

E. B.

V. Emploi de l'électricité dans le traitement des maladies mentales; par le Dr Irwin Neff.

Certaines formes de folie, en particulier celles qui dépendent d'agents toxiques ou de modifications organiques du système nerveux, sont accompagnées de changements dans l'excitabilité électrique, ou nerveuse, ou musculaire; dans ces cas l'électricité peut aider au diagnostic.

L'emploi thérapeutique de l'électricité peut aussi donner de bons résultats, surtout dans les folies primitives.

Dans certains cas l'électricité peut rendre des services comme agent de suggestion.

Le choix du courant est déterminé par les règles ordinaires indiquées dans les ouvrages d'électrothérapie. (*American journal of insanity*, janvier 1896.) E. B.

VI. Du sulfate de duboïsine dans le traitement de la paralysie générale; par M. X. Francotte. (*Journal de neurologie*, n° 5, 1896.)

Il résulte de ce travail basé sur quatre observations que la duboisine jouirait d'une réelle efficacité contre le tremblement de la paralysie générale. Cette efficacité, il est vrai est assez éphémère car deux ou trois jours après la cessation du médicament le tremblement reparait. La duboisine atténue aussi mais d'une façon moins prononcée, la rigidité musculaire ou les malaises qui l'accompagnent ; elle paraît sans action contre la faiblesse et les douleurs. Son usage, même prolongé, n'entraîne aucun inconvénient. La duboisine devra être prescrite en granules de demi-milligramme dont on fera prendre au malade de trois à six par jour. G. D.

VII. Revue de thérapeutique appliquée au traitement des maladies mentales; par M. Lailler.

Résumé aussi documenté qu'intéressant des divers travaux pu-

bliés sur les nouveaux agents médicamenteux introduits comme sédatifs et hypnotiques, au cours de ces dernières années, dans la thérapeutique des maladies nerveuses : le chloralose, le sulfonal, la paraldehyde, le méthylal, le somnal, la duboisine.

Ces divers travaux ayant été déjà analysés ici, pour la plupart, nous n'aurons pas à y revenir.

On peut, avec l'auteur, se demander quel est l'avenir de ce groupe de médicaments qu'il est possible, à la rigueur, de considérer comme synergiques.

Ces médicaments ont tous des propriétés indéniables, mais il est prématuré d'affirmer qu'ils sont acquis pour toujours à la thérapeutique. Leur nombre pourrait, sans doute, être moindre ; mais, en somme, ne peut-il pas y avoir avantage, en cas d'insuccès, à ne par rester désarmé, à connaître des agents qui, dans une médication, peuvent se substituer l'un à l'autre et même s'entr'aider? (*Annales médico-psychologiques*, décembre 1895.) E. B.

VIII. Alimentation thyroïdienne dans les troubles mentaux ; par le Dr Clarke.

L'auteur a expérimenté l'alimentation thyroïdienne dans les cas d'aliénation mentale à forme chronique.

Si le nombre des expériences est encore trop petit pour que des faits absolus puissent être établis, plusieurs résultats frappants ont été mis en lumière.

La nutrition cellulaire est activée, modifiée d'une façon indubitable et le processus d'autointoxication qui existe dans quelques cas, sinon dans tous les cas de maladie mentale, se trouve entravé. Pour que des chances d'amélioration existent, il faut que la vitalité du malade soit assez forte pour triompher de la fièvre produite par l'alimentation thyroïdienne, sinon le malade s'affaiblirait, déclinerait rapidement.

D'autre part, de même qu'à la suite des améliorations survenues dans les affections mentales chroniques au cours d'une maladie aigueë, il se produit la plupart du temps des rechutes soudaines, de même il est difficile d'espérer encore par la nourriture thyroïdienne une modification permanente. (*American journal of insanity*, oct. 1895.)

Ceux de nos lecteurs que la médication thyroïdienne intéressent plus particulièrement trouveront dans les précédents volumes des Archives de nombreux renseignements. E. Blin.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 30 *mai* 1896. — PRÉSIDENCE DE M. CHARPENTIER.

Influenza et folie.

M. LAROUSSINIE communique une observation tendant à prouver que l'influenza peut déterminer un accès de folie.

MM. VALLON et CHRISTIAN font des réserves sur la relation que l'auteur cherche à établir entre l'influenza et la psychose.

Séance du 26 *avril.* — PRÉSIDENCE DE M. CHARPENTIER.

Distribution des récompenses.

Le prix Esquirol est partagé entre MM. ISCOVESCO et BATTIER. internes à Villejuif, pour leur mémoire ayant pour titre : *Du délire de jalousie.*

Prix Aubanel. Une récompense de 1,000 francs est attribuée à MM. Tatty et Toy, chefs de clinique à la faculté de Lyon. La Société met au concours pour 1897 la question suivante : *Des auto-intoxications dans les délires.*

Séance du 1er *juin.* — PRÉSIDENCE DE M. CHARPENTIER.

Note sur le rôle de la mémoire dans la folie du doute.

M. SOLLIER. — On ne comprend pas bien à quoi tiennent les formes qu'on observe dans les obsessions qui paraissent se développer sur un fonds commun qui semble être l'émotivité morbide. Les divers troubles qui accompagnent les obsessions : aboulie, troubles sensitifs, anesthésiques, etc., ont servi de base à des classifications qui, toutes, sont justes à un certain point de vue. Parmi ces troubles, il en est un sur lequel on n'a pas insisté beaucoup, c'est l'affaiblissement de la mémoire. Cependant le défaut de mémoire peut expliquer certains cas de folie du doute, tels que

ceux où le sujet après avoir fait une chose se figure ne l'avoir pas faite et va, à plusieurs reprises, vérifier s'il l'a réellement faite. Dans ces cas, j'ai toujours constaté un trouble plus ou moins prononcé de la mémoire, tant pour apprendre des choses nouvelles que pour évoquer des anciennes, trouble apparaissant souvent antérieurement à l'obsession.

Il y a lieu aussi de distinguer deux espèces de douleurs, les uns se figurent n'avoir pas fait une chose qu'ils ont faite; les autres se figurent avoir peut-être fait une chose — ordinairement blâmable — qu'ils n'ont pas faite. Dans ce cas, c'est l'oubli de certaines des circonstances tant extérieures qu'intérieures dans lesquelles le sujet s'est trouvé, un défaut de continuité dans ces souvenirs, qui fait qu'il comble les lacunes avec les actes qu'il craint de commettre, actes qu'il est incapable de reconnaître n'avoir pas exécutés. L'abstention volontaire ne saurait être incriminée dans ce cas, car, bien au contraire, le sujet apporte toute son attention à s'entourer de précautions pour vérifier l'exactitude de ce qu'il craint. La perception extérieure, surtout dans le premier cas où il ne s'agit pas de grossières impressions sensorielles, n'est jamais assez troublée non plus pour expliquer ces cas. La volonté n'a rien à y voir. Il reste donc seulement le trouble de la mémoire pour en expliquer le développement.

L'aliénation mentale en Tunisie.

M. Voisin a pu constater, dans le cours d'une visite faite, en Tunisie, au quartier d'hospice Saquiti, réservé aux aliénés, que le délire alcoolique y était inconnu. Le délire haschischique y est, au contraire, très fréquent. On n'y trouve pas davantage de tabétiques, ni de paralytiques généraux, malgré l'extrême fréquence de la syphilis. L'épilepsie est rare. Les aliénés entrent et sortent de l'établissement sans aucune autre formalité que la décision du médecin traitant. Il n'existe pas de cellules. Les agités sont attachés à une chaîne.

M. Vallon. — Il serait intéressant qu'une statistique basée sur des faits précis vînt confirmer l'absence de la paralysie générale malgré la fréquence de la syphilis.

M. Ritti fait remarquer qu'il en est de même en Serbie.

M. Roubinowitch pense que la Société pourrait intervenir auprès du médecin traitant pour avoir des renseignements statistiques.

Variété du délire des persécutions.

M. Falret, revenant sur les faits qu'il a déjà indiqués, demande qu'on mette, de nouveau, à l'ordre du jour, les questions qu'il a

déjà posées à ce sujet et auxquelles il n'a pas été répondu d'une manière suffisante. Plus on observe de faits, ajoute-t-il, plus on trouve de cas mixtes de délire de persécution prêtant à la confusion; nombreuses sont les espèces qui tiennent du délire de la persécution et de la mélancolie. Il serait fort important de les étudier.

Marcel BRIAND.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DU NORD-EST DE L'ALLEMAGNE

DEUXIÈME SESSION A ZOPPOT. — 1er *juillet* 1895.

M. SIEMENS ouvre la séance.

M. KAYSER, directeur de l'asile de Dziekanka. *Communication sur le nouvel asile provincial de Dziekanka et sur le développement de l'assistance des aliénés dans la province de Posen.*

Le début de l'assistance des aliénés dans la province remonte à 1833, époque de la fondation de l'asile de Leutsus en Silésie, suivie de la fondation de l'asile de Owinsk (1838). Ce dernier, installé dans un ancien couvent, eut au début une centaine de malades. 70 aliénés étaient traités au quartier d'hospice de Posen : quelques autres étaient placés dans un établissement privé. La province fit en 1869 l'acquisition d'un domaine de 45 hectares, où fut construit un asile (1874) suivant le système du corridor; la population était de 500 malades. En 1891-92 le manque de places nécessita la construction de deux pavillons, chacun pour 40 malades; ces pavillons furent construits sur le modèle des pavillons d'Alt-Scherbitz. L'encombrement obligea la province à construire un second asile en se basant sur la proportion d'un lit pour 1,000 habitants, c'est-à-dire de 1,800 lits pour toute la province, chiffre encore insuffisant puisque la loi du 11 juin 1891, mise en vigueur le 1er avril 1893, a rendu obligatoire l'assistance des aliénés, des épileptiques et des idiots indigents.

La construction du nouvel asile commença en octobre 1891 et le 20 octobre 1894 eut lieu l'inauguration. Le domaine acheté a une superficie de 300 hectares, dont 21 pour le terrain d'assiette de l'établissement, et 21 pour un parc. Le nombre des bâtiments est de 33 dont 20 réservés aux malades qui sont au nombre de 600. On y a adopté l'organisation de l'asile d'Alt-Scherbitz, c'est-à-dire que l'établissement se compose de deux parties : *asile fermé* (350 malades) et *colonie ouverte*, sans grilles (système de l'open-door) pour 200 malades. La colonie se compose de trois villas pour chaque

division, avec une population variant de 33 à 44 malades par villa. L'asile fermé comprend pour chaque division :

1. Section d'admission	35	malades
2. — d'infirmiers	40	—
3. — de demi-agités	40	—
4. — d'épileptiques	30	—
5. — d'agités	30	—
7. Infirmerie	14	—

Les quartiers des malades sont entourés de jardins entourés d'une simple palissade. Seuls les jardins des agités et des épileptiques sont clos par un mur.

Au point de vue de la ventilation, du chauffage, de l'éclairage, de l'alimentation en eau, rien ne laisse à désirer. Les malades sont occupés à divers travaux (ateliers, culture). Le personnel de surveillance se compose de 48 personnes. Il y a 3 médecins, mais quand l'asile sera au complet, le nombre des médecins sera de cinq.

Le prix de revient a été de 2,850,000 marks, ce qui donne pour prix du lit 4,750 marks.

M. Rabbas. — *Sur le traitement de l'épilepsie par la méthode de Flechsig.*

(Sera publié ultérieurement.)

Discussion. — On étudie l'action des doses fortes de bromure de potassium données d'une façon prolongée. On critique la manière de faire en usage à Bielefeld où le bromure est donné aux malades par doses massives, sans contrôle médical. On rappelle les accidents dus à l'intoxication par le bromure. M. Krœmer a vu des troubles toxiques après l'ingestion de doses faibles (catarrhe intestinal, hémorragie de l'intestin).

M. Rabbas est d'avis que la méthode de Flechsig doit être appliquée quand les malades ne retirent pas de bénéfice des traitements ordinaires.

M. Binswanger a obtenu de bons résultats par l'emploi du traitement de Flechsig dès le début.

Dr Mercklin. — *La prophylaxie de la tuberculose dans les asiles d'aliénés.*

(Sera publié ultérieurement.)

Discussion : M. Krœmer fait savoir que dans le nouvel asile de Konradstein il y aura un pavillon spécial où pourront être isolés les tuberculeux.

M. Kayser — Le pavillon d'isolement de l'asile de Dziekanka est également destiné à servir surtout aux tuberculeux.

Dr Dehio. — *Altérations des cellules ganglionnaires dans les intoxications.*

Depuis 1881, un certain nombre d'auteurs russes (Danillo, Popow, Tschisch) ont étudié les altérations des cellules provoquées par des intoxications expérimentales. Leurs conclusions ont été critiquées par Kreyssig qui a montré qu'il s'agissait en réalité de modifications artificielles dues au durcissement par les sels de chrome. Plus tard Stiglitz, dans l'intoxication saturnine, et Saratschow dans le morphinisme chronique sont arrivés à des résultats positifs. Les travaux de Nissl et des auteurs qui ont appliqué sa méthode (Sandi, Vas et Schaffer) sont des plus importants : ils ont limité leurs recherches aux grandes cellules motrices de la corne antérieure et décrit les altérations de ces éléments dans les intoxications par le plomb, l'arsenic, le phosphore, la cocaïne, la nicotine, l'antipyrine, l'alcool.

Nissl pense que les cellules ganglionnaires à fonction physiologique spécifique doivent avoir une morphologie différente. Aussi en outre de leurs résultats anatomo-pathologiques, les expériences en question pouvaient donner lieu à d'autres constatations. La diversité de l'action qu'exerce sur les centres nerveux les différents poisons doit, au cas où la manière de voir de Nissl est exacte, se traduire par les altérations de différents groupes cellulaires. L'action pharmacologique de certains poisons nerveux étant bien connue, on pouvait ainsi obtenir des renseignements sur différents points intéressant la physiologie du système nerveux central. Dans ces expériences on ne peut utiliser que les intoxications aiguës : d'abord on sait que pour les intoxications chroniques leur marche est fort différente au point de vue clinique ; en outre il y a un grand nombre de modifications secondaires (lésions de la moelle constatées par Minnich dans l'anémie grave) ; enfin les stades terminaux des dégénérescences des cellules ganglionnaires sont difficiles à différencier. L'auteur a étudié spécialement l'empoisonnement aigu par la strychnine déjà abordé par Nissl. Les recherches ont porté sur deux lapins. Les grandes cellules motrices présentaient la modification spéciale décrite sous le nom de *pyenomorphen Zustand* (Nissl. *Neurol. Centralbl.*, 1895, 1). Les altérations portaient surtout sur la substance chromophile et sur le noyau. D'autres cellules de la corne antérieure étaient également intéressées. Les lésions portaient surtout sur les cellules du groupe moyen de la région dorsale. Les cellules des ganglions spinaux étaient normales, de même celles de la corne postérieure. Les noyaux des cellules du bulbe étaient eux aussi altérés. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, t. LII, fasc. 3.)

Paul Sérieux.

LVe RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE LA PROVINCE RHÉNANE

Présidence du professeur Pelmann. — *Bonn*, 15 *juin* 1895.

M. Pelmann lit un rapport sur un certain nombre de brochures dirigées contre les asiles d'aliénés et les médecins aliénistes. Ces publications se sont multipliées dans ces dernières années, surtout dans le Wurtemberg. Un infirmier de l'asile de Zurich a même publié ses « Souvenirs critiques ».

Une discussion s'engage au sujet du procès intenté aux frères Alexianer. Ces religieux dirigent à Aix-la-Chapelle un asile d'aliénés qui a été le théâtre de faits scandaleux. La Société adopte une résolution flétrissant les pratiques en usage dans cet établissement, pratiques qui sont en contradiction formelle avec l'état actuel de la science psychiatrique. Elle insiste sur la nécessité de la direction médicale des asiles d'aliénés, opinion adoptée par le congrès des médecins aliénistes allemands (Francfort-sur-Mein, 25 mai 1893).

1. M. Hertz. — Le « *Wahnsinn* », la « *Verrücktheit* » et la « *Paranoïa* ». (Le travail sera publié in extenso ultérieurement.)

2. M. Steiner. *Traumatisme cranien et artério-sclérose des vaisseaux du cerveau.* — Un homme de cinquante-six ans, un an après avoir subi un traumatisme à la tempe gauche devient amnésique ; deux ans et demi après l'accident on constate un état d'affaiblissement intellectuel à marche progressive, intéressant surtout la mémoire. Les radiales sont un peu dures, les mains tremblent légèrement. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. La démence a lentement progressé durant trois ans; par intervalles quelques accès d'excitation. Puis survint un ictus apoplectique avec hémiplégie droite passagère, troubles de la parole. Mort par pneumonie. A l'autopsie, pie-mère opaque, ses vaisseaux sont rigides, pas d'adhérences. Les artères du cerveau sont le siège d'altérations profondes : épaississement, transformation calcaire, rigidité. Les ramifications terminales dans la substance grise sont elles-mêmes gravement modifiées dans leur structure. La substance grise des hémisphères ne présente pas de lésions macroscopiques. Nombreux foyers de ramollissement, anciens et petits, dans la substance blanche. L'aorte est épaissie. Rein droit normal. En résumé, sclérose généralisée et très intense des artères du cerveau. Cette artério-sclérose est-elle une conséquence du traumatisme cranien antérieur ou bien la sclérose due à l'âge a-t-elle été activée par l'accident, c'est ce qu'il est

malaisé de décider. Il faut considérer tout ce processus comme une atrophie cérébrale par artério-sclérose, très analogue aux cas que Alzheimer a séparés, l'année passée, de la paralysie générale.

Discussion : M. Oebeke demande si l'on peut affirmer que le malade en question n'était ni un alcoolique, ni un syphilitique.

M. Steiner. — Sûrement non.

M. Zacher. — Les cas de Friedemann auxquels on a comparé l'observation qui précède ne sont pas tout à fait identiques. Dans ces cas il s'agirait de lésions vasculaires siégeant dans l'écorce seulement et ayant déterminé des foyers d'apoplexie.

3. M. Schultze. *Les états de sommeil pathologiques et la narcolepsie.*— Chez une malade de l'asile de Bonn se produit subitement et par accès un besoin invincible de dormir. Comme cette femme a eu antérieurement une attaque d'épilepsie et comme on a observé chez elle l'apparition subite d'accès de confusion hallucinatoire suivis d'amnésie complète, M. Schultze pense que les accès de sommeil sont de nature épileptique et voit dans son observation la confirmation de ce fait, à savoir que la narcolepsie, contrairement à ce qui a été dit (Gelineau), n'est qu'un symptôme et non une maladie spéciale. Il insiste sur l'importance de ces cas au point de vue médico-légal, et rapporte l'histoire d'un veilleur de chemin de fer qui, atteint de narcolepsie, fut trouvé endormi pendant ses heures de service.

Discussion : M. Steiner demande quels sont les signes caractéristiques de la narcolepsie et comment se comportent les pupilles.

M. Schultze. — Gélineau décrit sous le nom de narcolepsie une névrose spéciale, se caractérisant par un besoin intense, subit, de dormir, besoin qui se reproduit à des intervalles plus ou moins longs. Gelineau ne parle pas de l'état des pupilles.

4. Langreuter. *Présentation de tatouages de criminels.*— L'auteur a recueilli ses tatouages dans la prison d'Eberbach (arrondissement de Wiesbaden) qui renferme 200 hommes et une vingtaine de femmes, parmi lesquels de nombreux criminels d'habitude. L..., dont les conceptions se rapprochent plus de celles de Lombroso que de celles des adversaires de ce dernier, pense qu'on est autorisé à isoler de la foule des éléments anti-sociaux, un groupe de *criminels-nés* ou mieux de *criminels instinctifs*. Mais ce groupe est peu considérable si on n'y range que les sujets que caractérisent nettement leurs antécédents héréditaires psychopathiques, leurs signes de dégénérescence psychiques et somatiques et l'absence de troubles intellectuels proprement dits.

Les stigmates des criminels instinctifs sont assez rarement réunis en bloc chez le même sujet. On les rencontre au contraire

isolés ou groupés de différentes façons parmi les membres du grand groupe des criminels d'habitude, groupe qui renferme les criminels instinctifs, sans qu'on puisse établir une ligne de démarcation précise entre les deux classes de criminels. Bien que dans un petit nombre de cas seulement, il soit possible de trouver des tares héréditaires, les symptômes qui distinguent une grande partie des criminels d'habitude des sujets normaux, paraissent *congénitaux*, sans cependant qu'il s'agisse d'une maladie mentale proprement dite et sans supprimer toute responsabilité. Le milieu ne joue qu'un rôle secondaire dans le développement du criminel. Cette manière de voir ne saurait paraître exagérée aux aliénistes qui savent la puissance prodigieuse de l'hérédité. Il est vraisemblable que l'on n'aurait pas besoin de recourir si souvent à l'atavisme si l'on avait des renseignements plus précis sur l'hérédité des délinquants.

On a décrit un grand nombre de *signes spécifiques de la criminalité*, les uns psychologiques, les autres biologiques, sans parler des signes de dégénérescence somatique. Dans les prisons, c'est surtout par les sentiments affectifs que les détenus se distinguent des sujets normaux; on observe aussi des anomalies aux points de vue biologique et physiologique.

L... reconnaît l'exactitude de l'opinion admise par la majeure partie des auteurs allemands, à savoir que les signes physiques n'ont pas, dans la criminalité, l'importance que leur attribue Lombroso. La question n'a d'ailleurs pas été encore suffisamment étudiée, faute d'une méthode correcte. Les causes d'erreur sont nombreuses. L... a cependant été étonné du nombre considérable de déformations du crâne. En revanche, en recherchant dans des cas particuliers les signes dits caractéristiques de la criminalité, il n'a pu trouver le complexus somatique attribué au criminel-né.

L... se propose d'étudier un point particulier, souvent discuté, et qui prête à des considérations anatomiques, physiologiques et psychologiques, le *tatouage*. Le tatouage est une habitude répandue par toute la surface du globe, surtout chez les peuples non civilisés. Les anciens Germains, les Gaulois se tatouaient pour effrayer leurs ennemis et le tatouage d'aujourd'hui, qui s'est perpétué souvent dans certaines classes de la société (marins, montagnards), paraît être une survivance d'habitudes ancestrales; on voit en effet parmi les motifs des tatouages, des sirènes, des serpents couronnés et autres animaux fantastiques qui rappellent les légendes du moyen âge. Le tatouage a toujours été pratiqué par les criminels, mais dans ces derniers temps il s'est répandu encore davantage dans cette catégorie de sujets. On rencontre en effet moins de tatouages chez les détenus âgés que chez les jeunes.

Pour Lombroso le tatouage est un signe spécifique du criminel-né. De même pour Kurella. Leppmann n'y voit qu'une coïncidence

fortuite. Langreuter insiste surtout sur ce point que le tatouage est fréquent chez les criminels, alors que précisément pour eux il constitue un danger en permettant de reconstituer leur identité. Il y voit une manière de symbole, une manifestation à moitié inconsciente et instinctive de l'esprit de corps, qui se produit même aux dépens de l'intérêt personnel du criminel. Les facteurs qui poussent un individu à se faire tatouer sont en outre surtout développés chez les criminels, à savoir : le besoin d'imitation, la vanité, l'érotisme, la fanfaronnade. Il faut y joindre encore l'ennui, les occasions qui se présentent en prison, etc.

L'habitude du tatouage est si répandue chez les détenus que l'on peut vraiment parler d'une tendance spécifique, du moins chez les sujets du sexe masculin, car chez les femmes le tatouage est rare et se rencontre surtout chez les prostituées. Sur 206 détenus, Langreuter a relevé 75 sujets tatoués, c'est-à-dire une proportion de 36 p. 100. On n'a guère relevé de proportion plus considérable, sauf chez les détenus militaires en France et en Italie. Il faut, dit l'auteur, se montrer prudent dans la recherche des tatouages chez les détenus, si l'on veut éviter une épidémie de tatouages.

Sur les 206 détenus examinés (mai 1895) il y avait 126 récidivistes, proportion énorme. La proportion des sujets tatoués était de 23 p. 100 chez les détenus condamnés pour la première fois, et de 48 p. 100 chez les récidivistes.

De l'examen comparé de 125 détenus tatoués observés par lui, l'auteur conclut que les sujets obscènes sont très fréquents, qu'il y a parfois combinaison de sujets religieux et érotiques, que les tatouages observés par lui présentent une ressemblance frappante avec ceux étudiés par d'autres auteurs, qu'il existe dans certains cas une obtusion de la sentibilité (fait invoqué pour expliquer le tatouage). Souvent il a relevé des proverbes. Le siège des tatouages est de préférence à l'avant-bras, à la main, au bras, aux doigts. On les rencontre moins souvent sur la poitrine, le ventre, les jambes. Parmi les tatoués il y avait : 66 criminels d'habitude, 24 criminels d'occasion et 32 criminels par passion. Chez 35 sujets le tatouage avait été exécuté en prison. Trois détenus s'étaient tatoués eux-mêmes.

En résumé, les criminels d'habitude ont une grande tendance à se faire tatouer et les criminels instinctifs présentent une prédilection particulière pour les tatouages étendus, extraordinaires ou obscènes. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, t. LII, fasc. 3.)

Paul Sérieux.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux* (sourds-muets, aveugles, idiots, bègues, etc.); par les Drs Hamon du Fougeray et Couetoux, préface du Dr Bourneville. (Bureaux du *Progrès Médical.*)

Sous la dénomination d'enfants anormaux, on entend les enfants atteints de diverses infirmités portant soit sur les organes des sens, soit sur les centres nerveux et produisant des modifications variables dans leur développement physique, moral et intellectuel.

Si incomplètes que soient les statistiques officielles relatives aux différentes catégories d'enfants anormaux, elles font cependant ressortir quelle est leur importance numérique et quel intérêt social s'attache aux questions d'assistance, de traitement et d'éducation de ces enfants.

En effet, le nombre des sourds-muets en France, est de 350 en moyenne, par année, pour les hommes âgés de vingt ans.

Pour les aveugles, le chiffre le plus faible auquel leur nombre ait été évalué est de 38,000.

Quant aux idiots, bien que la statistique générale soit encore à faire, leur nombre peut approximativement être évalué à plus de 50,000, et peut-être est-il bien supérieur.

Enfin la statistique dressée par M. Chervin père permet d'évaluer à près de 130,000 le nombre des bègues.

Les enfants anormaux de toutes les catégories, le livre de MM. Hamon du Fougeray et Couëtoux le démontre d'une façon péremptoire, sont susceptibles d'être améliorés, relevés, instruits.

Malheureusement, l'éducation spéciale à donner aux enfants anormaux est encore inconnue de la plus grande partie du public médical ou enseignant.

Les auteurs, en vulgarisant les notions éparses dans un grand nombre de publications trop abstraites, en montrant ce qui se fait ou se peut faire pour relever les anormaux à la dignité d'hommes, les rendre capables de subvenir à leur subsistance et les rapprocher le plus possible des citoyens ordinaires, ont comblé une lacune et rendu le plus grand service à la fois aux infirmes et à ceux qui s'y intéressent.

Ce livre s'adresse à tous les médecins, à tous les éducateurs, professeurs et instituteurs, à tous ceux, en un mot, qu'intéressent et

que doivent intéresser les questions d'assistance et d'enseignement.

Tous les médecins, en particulier, devraient être familiarisés avec l'ensemble des connaissances indispensables pour comprendre ce que sont en réalité ces diverses infirmités et apprécier les méthodes qui leur sont appliquées.

C'est au médecin qu'incombera le plus souvent le devoir et la responsabilité d'indiquer la conduite à tenir en face d'un enfant anormal ; c'est à lui qu'on demandera quelles sont les institutions où se pratique l'éducation spéciale nécessaire à chacun des états anormaux, quelles sont les formalités nécessaires pour l'admission des enfants dans ces institutions, etc., et l'intervention éclairée du médecin deviendra capitale pour l'avenir intellectuel de l'enfant si, au lieu de perdre un temps précieux dans l'expectative d'une guérison hypothétique au moment de la formation de l'enfant, il institue lui-même dans la famille, ou fait commencer de bonne heure dans une institution spéciale l'éducation ou le traitement médico-pédagogique, sans laisser la maladie s'aggraver et devenir plus difficilement guérissable.

C'est, en effet, une notion bien mise en relief par MM. Hamon du Fougeray et Couëtoux que, pour tous les anormaux, aveugles, sourds-muets, idiots ou arriérés, il faut intervenir le plus tôt possible, afin d'empêcher que l'enfant, plus ou moins délaissé, ne contracte de mauvaises habitudes contre lesquelles il faudra lutter, en outre de la maladie ou de l'infirmité primitive.

Les auteurs ont étudié chaque infirmité en particulier en l'examinant sous ses différents points de vue. C'est ainsi que chaque infirmité, dans un exposé clair et précis, a été étudiée tout d'abord au point de vue physiologique, en en montrant les conséquences physiques, morales et intellectuelles.

Ensuite, après un résumé historique, ont été décrites les méthodes proposées : pour les sourds-muets, méthode mimique et méthode orale, qui est la méthode de choix; pour les aveugles, méthode Braille; pour les idiots, traitement médico-pédagogique, employé à Bicêtre ; enfin pour les bègues, méthode du Dr Chervin.

Puis, ont trouvé leur place divers chapitres sur la statistique, les institutions où se pratique actuellement l'éducation spéciale, avec les renseignements utiles pour l'admission des enfants. Enfin a été présenté l'aperçu de la législation appliquée en France à ces divers infirmes.

En résumé, nous ne saurions faire un meilleur éloge de cet ouvrage qu'en citant les paroles, flatteuses dans une bouche aussi autorisée, qui terminent la préface documentée de M. Bourneville : « Par l'exposé de la situation des enfants anormaux, ce qu'elle est et ce qu'elle doit être, MM. les Drs Hamon du Fougeray et Couëtoux ont fait plus qu'un utile et bon livre : ils ont accompli une bonne action. »

E. Blin.

II. *Contribution à l'étude de l'insomnie chez les aliénés, son traitement par les disulfones;* par M. le Dr A. Bohn, interne à l'asile de Maréville. (Thèse de doctorat, Nancy).

M. Bohn passe en revue les diverses théories relatives au sommeil; il indique les principales conditions que doivent remplir les hypnotiques destinés aux aliénés et résume les avantages et les inconvénients de ceux qui jusqu'à ce jour ont été employés de préférence dans les asiles : chloral seul ou associé aux bromures, à la morphine, opium et ses dérivés, sulfonal, chloralose, etc., etc. Puis il s'attache plus spécialement à l'étude clinique du trional et du tétronal, à leurs effets dans les diverses formes que peut revêtir l'aliénation mentale.

D'après ses conclusions, basées sur trente observations, le trional et le tétronal sont des hypnotiques puissants, dont l'action, facile à obtenir dans la plupart des maladies mentales, est assez variable dans la manie hystérique, la manie puerpérale, la dégénérescence mentale, et devient à peu près nulle dans la folie alcoolique. Ils combattent souvent à la fois l'insomnie et l'excitation diurne.

« Le trional et le tétronal ont sensiblement une action identique. Les effets secondaires fâcheux qui surviennent parfois après l'administration de ces médicaments, sont très passagers et peu dangereux. Le trional et le tétronal ont une action hypnotique beaucoup plus rapide que le sulfonal dont ils dérivent. »

Ces deux médicaments ont été prescrits habituellement à des doses variant de 1 à 3 grammes, en potion. A. Paris.

VARIA.

Concours pour les places de médecins adjoints dans les asiles publics d'aliénés.

Région de Paris. — Jury : MM. le professeur Joffroy, Beltrude, Dericq, Doutrebente; Petrucci. 5 places, 7 candidats.

Région de Lille. — Jury : MM. Keraval, Adam, Boiteux, Pilleyre, Castiaux, professeur. 5 candidats, 5 places.

Région de Nancy. — Jury : MM. le professeur Simon, Vernet, Gallopain, Guyot; Paris. 4 candidats.

Région de Lyon. — Jury : MM. le professeur Pierret, Lallemand, Lapointe, Dumas; Brun. 3 candidats.

Région de Montpellier. — Jury : MM. le professeur Mairet, Maunier, Rey, Bonbila; Guillemin.

Région de Bordeaux. — Jury : MM. Régis, Caillau, Girma, Doursout; Pons. 3 candidats.

Région de Toulouse. — Jury : MM. le professeur André, Nicouland, Ramadier, Malfilâtre. 3 places, 4 candidats.

Les présidents délégués sont : pour Paris et Lyon : M. l'inspecteur A. Regnard; — pour Lille et Nancy, M. l'inspecteur Napias; — pour Bordeaux, Toulouse et Montpellier, M. l'inspecteur Drouineau. — Les concours s'ouvriront à Lyon, Lille et Montpellier le 5 mai; à Toulouse le 7; à Paris, Nancy et Bordeaux le 11.

Le concours pour le poste de médecin adjoint des asiles (*région du Nord*) s'est terminé par la nomination des quatre candidats suivants : MM. Deswarte, Musin, Briche, Singer. — Le sujet de l'épreuve écrite était le suivant : *Cordon postérieur de la moelle.* — Les questions restées dans l'urne étaient : Circonvolutions cérébrales, nerf pneumogastrique. L'épreuve orale a eu pour sujet : *Erysipèle*, symptômes et traitement. Les autres questions proposées étaient : *Rougeole*, symptômes et diagnostic; *Péricardite*, symptômes et traitement. Les épreuves cliniques ont eu lieu à l'asile d'Armentières.

Le concours de la *région de Lyon*, qui a été *exceptionnellement brillant* (les deux premiers candidats ayant obtenu 85 et 84 points sur 90), vient de se terminer. Ont été admis, par ordre de mérite : MM. Toy, Roux, Dodero. La question écrite : *Cordon postérieur de la moelle.* Question orale : *Signes et diagnostic du mal de Bright.* — Les candidats admis sont pour la région de *Montpellier* : MM. Cavalié (1er) et Cossa (2e). Epreuve écrite : *Nerf optique;* épreuve orale : *Localisation cardiaques du rhumatisme; fracture de côtes*; pour la région de *Toulouse :* MM. Papillon (1er), Maignal (2e) et Baudron (3e), Epreuve écrite : *Méninges cérébrales;* épreuve orale : *Complications de la fièvre typhoïde, luxations de l'épaule;* pour la région de *Bordeaux :* MM. Houeix de la Brousse et Mahon (*ex æquo*), Terrade (3e). Epreuve écrite : *Quatrième ventricule;* épreuve orale : *Arterio-sclérose; othématome* au point de vue chirurgical; pour la région de *Nancy* (médecins-adjoints) : MM. Levet (1er), Sante-noise (2e) et Lalanne (3e). Epreuve écrite : *Faisceau pyramidal ;* épreuve orale : *Formes cliniques de l'urémie.* — Pour la région de *Paris :* MM. Leroy (1er), Baruth (2e), Coulon (3e), Thibaud (4e), Darin (5e). Epreuve écrite : *Nerf moteur oculaire externe;* épreuve orale : *Varioloïde;* épreuve sur titres; les candidats sauf un n'ont présenté que leur thèse.

Les renseignements qui précèdent montrent d'une façon évidente que le dernier *concours régional* a été supérieur aux précédents. A mesure que l'expérience se continuera, les

résultats seront assurément meilleurs à la condition toutefois que dans les *promotions* qui ont lieu l'administration supérieure se montre absolument équitable, place au premier rang les services rendus ; à la condition aussi que les places les plus avantageuses, qui devraient être justement données aux médecins expérimentés, ne soient plus données à d'anciens administrateurs, des fonctionnaires qui n'ont aucune connaissance médicale et ignorent complètement ce qu'est un asile d'aliénés, en quoi consiste son fonctionnement.

L'augmentation du nombre des candidats, qui s'accentuera quand l'administration le voudra en donnant des garanties sérieuses, la qualité des épreuves qui, nous assure-t-on, ont été supérieures à celles des concours précédents, bonnes en général, quelquefois très bonnes, sont autant de circonstances qui nous paraissent favorables au *concours régional*. Dans toutes les régions l'un des professeurs de la Faculté de médecine faisait partie du jury. C'est aux Facultés provinciales, qui ont intérêt à la décentralisation, à défendre l'organisation actuelle, à engager quelques-uns de leurs élèves à travailler d'avance en vue des futurs concours, comme d'autres travaillent pour les concours des hôpitaux.

C'est avec M. Léon Bourgeois, alors sous-secrétaire d'Etat, et avec M. Monod que nous avons contribué à l'organisation du *concours régional*. Les résultats acquis les encourageront certainement à maintenir ce mode de concours et leur fourniront des arguments sérieux pour le défendre si cela était nécessaire. B.

Enfants arriérés améliorés : Secours a domicile

L'enfant Ferra..., âgé de dix-huit ans, atteint d'imbécillité amélioré notablement, bon apprenti brossier, pourrait être renvoyé, il sait le métier de brossier d'une façon convenable. Toutefois, comme sortant de Bicêtre, on ne lui donnera qu'un salaire insuffisant probablement pour faire face à ses besoins. Son père, hystérique, refuse de lui venir en aide et sa mère est à Ville-Evrard comme aliénée, d'où la nécessité d'avoir un *crédit* qui permettrait de donner un *secours quotidien* de 0,50, 0,60, 0,75 ou 1 franc, aux malades de cette catégorie et comme le prix de journée à Bicêtre est de 2 fr. 25, il en résulterait une économie sérieuse ou l'on pourrait faire face à d'autres besoins, soulager d'autres misères. Bien des fois, nous avons

signalé cette modeste réforme à la Commission de surveillance des asiles, aux membres de la Commission du Conseil général et nous leur avons même présenté au cours de leurs visites annuelles des exemples d'adolescents qui pourraient être renvoyés mais à la condition d'avoir un secours. Les faits de ce genre montrent une fois de plus la nécessité d'un *crédit spécial* et d'une *Société de patronage.*

FAITS DIVERS.

JOURNALISTIQUE. — Nous avons reçu les cinq premiers numéros de *Archivio delle psicopatie sexuali,* revue bi-mensuelle de psychologie, psychopathologie humaine et comparée, de médecine légale, etc., dirigée par le Dr P. Penta et rédigée par R. P. Capano et P. Nucio. Rome, Naples.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

AUVRAY (M.). — *Les tumeurs cérébrales.* — Volume in-8°, de 467 pages, avec 29 figures dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, 1896. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

CHIPAULT (A.), BRAQUEHAYE (J.), DEMOULIN (A.), DALEIM (E.). — *Travaux de neurologie chirurgicale* (1895). — Volume in-8°, de VIII-352 pages. — Prix : 5 francs. — Librairie L. Battaille et Cie.

DARIN (H.). — *Rapports de l'alcoolisme et de la folie. — Prophylaxie et traitement des alcooliques.* — Volume in-8°, de 121 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, 1896. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

MIRALLIÉ (Ch.). — *De l'Aphasie sensorielle.* — Volume in-8°, de 220 pages, avec nombreuses figures dans le texte. — Paris, 1896. — Librairie G. Steinheil.

MOREL (J.). — *L'enseignement professionnel des gardiens des asiles d'aliénés devant la Société de médecine mentale de Belgique.* — Brochure in-8°, de 16 pages. — Gand, 1896. — Imprimerie Eug. Vander Haeghen.

MOTET (A.). — *Duchenne* (de Boulogne) *et son œuvre.* — Brochure in-8°, de 31 pages. — Paris, 1896. — Librairie Masson et Cie.

NONNE und BERCLIN. — *Ueber Contractur-und Lähmungs-Zustände der exterioren und interioren Augen-Muskeln bei Hysterie.* — Brochure in-8°, de 36 pages. — Leipzig, 1896. — Verlag von A. Langkammer.

PIERACCINI (A.). — *Grado estremo di dolicocefalia.* — Brochure in-8°, de 4 pages. — Macerata, 1896. — *Archivio di Psichiatria.*

ROUBINOVITCH (J.). — *Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne,* avec une préface par M. le professeur JOFFROY. — Volume

in-8°, de 276 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, 1896. — Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

SANTE DE SANCTIS. — *F. Sogni e il sonno.* — Volume in-8° carré de 217 pages. — Roma, 1896. — Societa editrice Dante Alighieri.

SETH SCOTT BISHOP. — *The dilator in discases of the air Passages and the Ear.* — Brochure in-8° de 4 pages, avec 2 figures. — Chicago, 1895. *Journal of Preventive Review.*

SHUTTLEWORTH. — *Mentally-Deficient children.* — Volume in-8°, relié de XIV-140 pages, avec 5 figures. — London, 1895. — H.-K. Lewis.

THE AMERICAN YEAR-BOOK OF MEDICINE AND SURGERY *being a yearly digest of scientific progress and authoritative opinion in all branches of Medicina and surgery, drawn from journals, monographs, and texte books, of the leading american and foreign authors and investigations.* — Volume in-8° de 1,183 pages, avec 33 planches et nombreuses figures. — Philadelphia, 1896. — W. B. Saunders.

VERHOOGEN (R.). — *Sur les troubles digestifs et hystériques.* — Volume in-8° de 184 pages. — Bruxelles, 1896. — Imprimerie Hayoz et Cie.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 p. 100 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **20 juillet.** *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations, la bande de leur journal.

Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 796.

Vol. II. Août 1896. N° 8.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ANATOMIE.

SUR LE GROUPEMENT DES FIBRES ENDOGÈNES DE LA MOELLE DANS LES CORDONS POSTÉRIEURS;

Par M. le Dr Henri DUFOUR,
Ancien interne des hôpitaux.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX.
Laboratoire de M. le professeur Raymond, à la Salpêtrière.

I.

L'existence des fibres endogènes dans les cordons postérieurs de la moelle est une notion qui n'est plus absolument de date récente, puisque déjà en 1866 M. le professeur Bouchard[1] parlait après Todd, Gratiolet et autres, de fibres commissurales entrant dans la constitution de ces mêmes cordons. Mais c'est seulement dans ces dernières années qu'une étude plus approfondie en a été faite par les histologistes soit dans de récentes publications[2], soit dans des communications à la Société de biologie[3].

On admet actuellement, surtout depuis les recherches de von Lenhossek[4] sur les cellules particulières de la substance grise

[1] Bouchard. — *Archives générales de médecine*, 1866.

[2] Gombault et Philippe. — *Archives de médecine expérimentale*, 1894.

[3] Déjerine et Sottas. — *Bulletin de la Société de Biologie*, 15 juin 1895. — Déjerine et Spiller. *Idem*, 27 juillet.

[4] Von Lenhossek. — *Der feinere Bau des Nervensystems.*

de la moelle, dénommées cellules des cordons, que ces fibres sont les prolongements de neurones dont l'élément noble ne serait autre que ces mêmes cellules des cordons. Mais si l'on se reporte aux descriptions des auteurs, quant à la situation topographique de ces faisceaux, on s'aperçoit rapidement que l'accord est loin d'être fait. De plus, s'il est établi que ces fibres représentent des voies commissurales, reliant entre eux des étages superposés de la moelle, il semble que jusqu'ici on n'ait attribué à ces faisceaux qu'un trajet assez court, d'où le nom de fibres commissurales courtes qui leur a été donné.

Plus loin on verra que nous attirons l'attention non seulement sur la topographie de ces faisceaux, mais aussi sur la longueur du trajet de quelques-uns d'entre eux.

Tout récemment une interprétation en partie semblable à la nôtre a été esquissée avec grandes réserves par un auteur allemand, Hoche [1], qui n'ose encore se prononcer sur le point de savoir s'il s'agit dans ses deux cas de fibres endogènes descendantes, les seules que nous avons en vue dans cette étude, ou de filets radiculaires descendants à long trajet.

Nous avons eu l'occasion d'étudier dans le laboratoire de notre maitre, M. le professeur Raymond, les altérations histologiques que présentait la moelle d'une malade morte avec une compression des nerfs de la queue de cheval. Mettant à profit cette observation et la rapprochant d'autres publiées antérieurement, nous avons essayé de contrôler et de concilier l'opinion de nos prédécesseurs. Sans y être absolument parvenu nous avons été amené à la suite de cette étude sur le trajet des faisceaux endogènes dans les cordons postérieurs à fournir une interprétation, pas absolument neuve sur tous les points, mais qui nous a paru cadrer le mieux avec un certain nombre de faits.

Dès maintenant nous tenons à déclarer que nous n'essayons pas d'expliquer tous les faits disparates signalés antérieurement et qu'on pourrait nous opposer. Il en est en désaccord avec la manière de voir que nous avons déjà fait pressentir dans une communication à la Société de biologie [2]. De ceux-là est par exemple le cas Darkschewitch [3] où à la suite de com-

[1] Hoche. — *Neurologisches Centralblatt*, 15 février 1896.
[2] Dufour. — *Bulletin de la Société de Biologie*, 2 mai 1896.
[3] Darkschewitch. — *Neurologisches Centralblatt*, 1er janvier 1896.

pression des racines postérieures lombo-sacrées par un carcinome, les cordons postérieurs sont représentés dégénérés dans toute leur étendue, sans même qu'il soit fait mention d'une zone intacte correspondant au centre ovale de Flechsig. Mais à côté de ces exceptions, nous avons trouvé tout un groupe d'observations qui se complètent l'une l'autre et qui nous ont paru légitimer notre interprétation.

Dans une question beaucoup plus simple et qui ne peut être séparée de celle que nous étudions, la même difficulté se présente, nous faisons allusion ici à l'existence ou à la non-existence tout au moins chez l'adulte de filets radiculaires descendants dans les cordons postérieurs. Existent-ils réellement? et si leur présence est constante pourquoi ne les retrouve-t-on pas dégénérés dans tous les cas où les racines postérieures sont lésées? Tel est le point sur lequel les auteurs sont encore en divergence d'opinions. Il est de toute nécessité ici pour l'étude même que nous avons entreprise de donner un résumé de cette question.

II.

Kölliker[1], Ramon y Cajal[2], van Gehuchten[3] décrivent aux racines postérieures deux branches, une ascendante, l'autre descendante à court trajet. A côté de cette donnée fournie par l'embryologie, l'anatomie et l'histologie si l'on met en regard l'expérimentation, le désaccord commence. Tooth[4] chez les singes, Singer[5] chez les chiens ne constatent pas la présence de dégénération descendante dans la moelle à la suite de sections des racines postérieures. Au contraire, Odi et Rossi[6], Berdez[7], Marinesco[8] opérant de la même façon des chiens, des cobayes ou des chats, la mentionnent.

Veut-on s'en rapporter aux examens anatomo-patholo-

[1] Kölliker. — *Zeitschrift für Wissenschaft Zool.*, LI, 1890.

[2] Ramon y Cajal. — *Anatomisches Anzeiger*, V, 1891.

[3] Gehuchten (van). — *Le système nerveux de l'homme.*

[4] Tooth. *Lectures of secundary degeneration of spinal Cord.* London, 1889.

[5] Singer. — *Sitzungsb. den Wien. Akad.*, 1881.

[6] Odi et Rossi. — *Archiv. ital. de Biologie*, 1890.

[7] Berdez. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, mai 1892.

[8] Marinesco. — *Comptes rendus de la Société de Biologie*, juin 1894

giques, même difficulté pour savoir si chez l'homme adulte ces fibres radiculaires descendantes existent réellement.

Sottas[1], Nageotte[2] parlent de ces filets descendants alors que Souques[3], Gombault et Philippe[4], Margulies[5] ne les retrouvent pas[6].

Voilà donc un fait, simple en apparence, qui toujours, semble-t-il, devrait se résoudre par l'affirmative ou la négative et qui donne lieu à des constatations absolument opposées. Quoi d'étonnant que dans une étude plus complexe. lorsqu'il s'agit de fibres endogènes, de faisceaux dont la topographie, la longueur, l'existence même sont encore en litige, on retrouve les mêmes hésitations et de véritables contradictions. L'observation que nous allons rapporter, rapprochée de faits antérieurs, nous a donné une conviction et a inspiré nos conclusions. Ce sont celles-là que nous essaierons de développer.

Il s'est agi dans notre cas d'un endothéliome ayant comprimé les racines rachidiennes inférieures de la moelle depuis la troisième lombaire inclusivement. La compression opérée lentement a duré environ cinq ans laissant intacte la moelle, le cône terminal jusqu'à sa partie inférieure. La tumeur présentait un volume considérable et remplissait le canal lombo-sacré mesurant $0^m,17$ de longueur, sur $0^m,04$ de largeur dans son milieu.

La description clinique de la maladie, son évolution[7], la nature histologique[8] de la tumeur ont été décrites par nous ailleurs ; nous ne ferons que rapporter ici l'examen des éléments nerveux.

III.

Examen histologique. — Les racines postérieures ont été coupées isolément, colorées à l'acide osmique, à l'éosine et au

[1] Sottas. — *Revue de médecine*, 1893.

[2] Nageotte. — *Revue neurologique*, 1895.

[3] Souques. — *Bulletin de la Société de Biologie*, mai 1895.

[4] Gombault et Philippe. — *Loc. cit.*

[5] Margulies. — *Neurologisches Centralblatt*, 15 avril 1896.

[6] Mme Déjérine et Thomas (Soc. de Biologie, 27 juin 1895) ont pu constater chez un adulte l'existence d'nne branche descendante des racines postérieures.

[7] Dufour. — Thèse Paris, 1896.

[8] Dufour. — *Bulletin de la Société Anatomique*, février 1896.

picro-carmin; elles présentent une diminution des tubes de myéline d'autant plus étendue qu'on a affaire à des racines plus inférieures. Les lésions radiculaires sont plus accentuées du côté gauche que du côté droit. Elles s'atténuent en remontant, laissant intactes les deux premières lombaires. Les racines sacrées présentent des altérations presque absolument destructives. Dans les racines lombaires, on trouve encore un grand nombre de filets nerveux conservés. Les coupes de la moelle ont été colorées par les méthodes habituelles, picro-carmin, Azoulay, Marchi, Pal. Toutes ces colorations nous ont donné des renseignements comparatifs.

Cône terminal (*fig.* 6 schématique). — Dans la *figure* 6 représentant une coupe tout à fait inférieure, nous n'avons représenté en pointillé dans les cordons postérieurs que les parties qui sont restées saines, toutes les autres régions de ces mêmes cordons sont atteintes par la dégénérescence. Les cordons antéro-latéraux sont normaux. On voit sur cette coupe que les parties restées indemnes occupent le voisinage immédiat du septum postérieur et cela dans ses deux moitiés antérieure et postérieure.

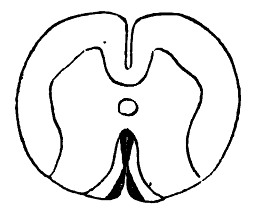


Fig. 6.

La zone postérieure n'est autre que le triangle médian et postérieur figuré déjà par Schultze[1] dans un cas de fracture et de luxation du corps de la troisième vertèbre lombaire ayant amené une compression des nerfs de la queue de cheval, figuré également conservé par Eisenlohr[2], dans une méningite chronique de la queue de cheval, et décrit au contraire comme ayant subi la dégénérescence secondaire descendante dans des cas de compression de la moelle siégeant assez haut Barbacci[3] Hoche[4].

C'est sur ce triangle médian que MM. Gombault et Philippe[5] ont particulièrement attiré l'attention dans un récent mémoire très remarquable, ainsi que sur l'interprétation à lui donner au sujet de l'origine de ses fibres, interprétation qui, on le verra ne concorde pas entièrement avec la nôtre.

Sur la même coupe on aperçoit également à la partie anté-

[1] Schultze. — *Arch. für Psychiatrie*, 1883.
[2] Eisenlohr. — *Neurologisches Centralblatt*, 1884.
[3] Barbacci. — *Lo Sperimentale*, 1891.
[4] Hoche. — *Loc. cit.*
[5] Gombault et Philippe. — *Loc. cit.*

rieure une région médiane et garnie de tubes à myéline ; cette zone décrite habituellement par les auteurs comme cornu-commissurale, mérite par son siège au voisinage du septum plus que des cornes postérieures et pour la différencier de sa disposition à un réseau plus élevé de porter ici le nom de zone ou de faisceau sulco-commissural postérieur ou encore septo-commissural.

Coupe au niveau de la cinquième paire sacrée (*fig.* 7 [1]). — La



Fig. 7.

bande intacte de tubes à myéline s'étend ainsi qu'on peut le voir, de chaque côté du septum sur une assez faible largeur, depuis la périphérie de la moelle en arrière jusqu'à la commissure postérieure en avant où elle finit en pointe.

On voit de plus sur cette figure non schématique que la dégénérescence envahit tout le reste des cordons postérieurs.

Coupes entre la cinquième paire sacrée et la deuxième sacrée. — Sur les différentes coupes comprises entre ces deux hauteurs, les deux zones saines médianes existent toujours, l'une antérieure, l'autre postérieure. La postérieure répond au centre ovale de Flechsig, mais se continue vers la périphérie qu'elle atteint, ce qui n'est pas encore la disposition classique de ce centre, ainsi qu'il est représenté à cette hauteur à un niveau plus élevé (*fig.* 8).

Coupe au niveau de la première paire sacrée (*fig.* 9). — La zone antérieure répond à la description habituelle du champ cornu-commissural. Elle répond bien ici à la corne postérieure et à la commissnre.

Au moment où la zone postérieure atteint l'angle postéro-interne du cordon postérieur, elle le contourne et borde sa branche postérieure sur un trajet assez court. Nous retrouverons plus haut cette disposition angulaire.

[1] Nous remercions notre ami Vincent, qui a bien voulu se charger de l'exécution de nos dessins.

Coupes entre les premières racines sacrées et la troisième paire lombaire. — La disposition est la même que précédemment, mais en plus des régions sus-indiquées les zones radiculaires se peuplent

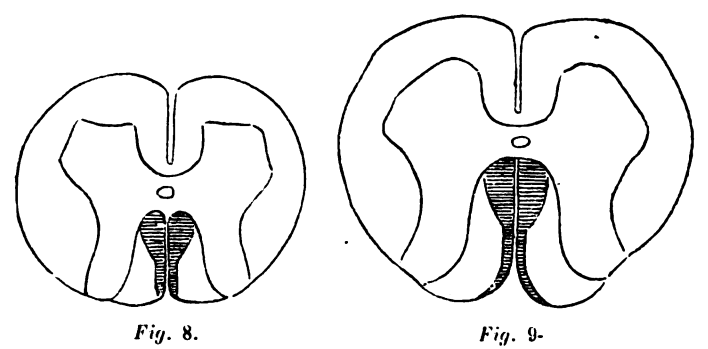


Fig. 8. *Fig.* 9.

rapidement en remontant des filets radiculaires nouveaux amenant des tubes sains, qui viennent remplir les portions externes et moyennes des cordons postérieurs.

Coupe au niveau de la troisième racine lombaire (*fig.* 10). — A

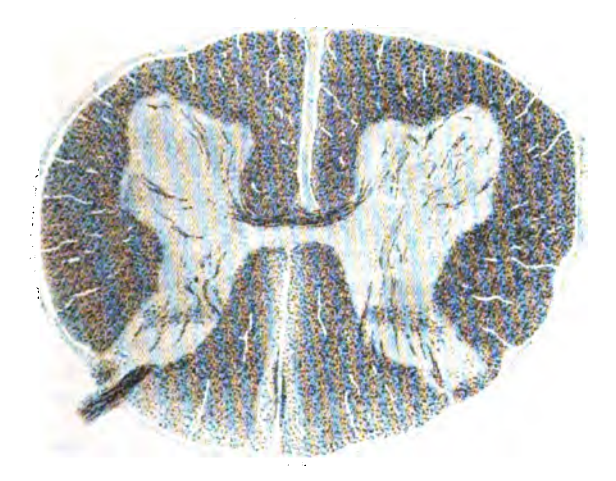


Fig. 10.

partir de la quatrième lombaire et au niveau de la troisième lombaire (*fig.* 10), le centre ovale de Flechsig apparaît occupant son siège habituel sans prolongement postérieur ni angulaire. La zone

antérieure dite cornu-commissurale existe toujours mais déjà confondue avec les fibres radiculaires qui ont fait leur apparition. Il est donc difficile sur ce seul cas de le différencier du groupe de ces fibres radiculaires.

Mais si l'on se reporte à d'autres observations on peut admettre que cette zone a subi un déplacement vers les parties latérales franchement adjacentes à la commissure et à la base des cornes postérieures et laissant entre elles et le septum un espace dégénéré occupé actuellement par les fibres altérées des racines sacrées.

Coupe au niveau de la deuxième lombaire et au-dessus (fig. 11).

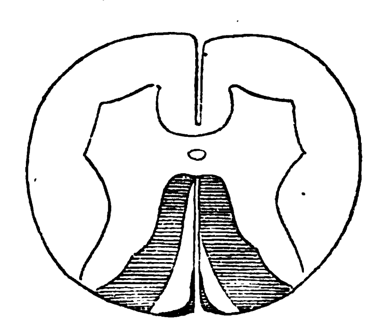


Fig. 11.

— Sur ces coupes les fibres de notre groupe postérieur qui formaient le centre ovale de Flechsig se sont de nouveau rapprochées de la périphérie et pour la deuxième fois, forment le faisceau angulaire dont nous avons parlé plus haut.

Ici cependant la branche postérieure et transversale s'allonge, alors que la branche interne et perpendiculaire à celle-ci diminue. Le même aspect se représente sur des coupes de la première lombaire et deuxième dorsale.

Même disposition que sur la coupe précédente pour la zone cornu-commissurale.

En remontant dans la moelle les filets radiculaires prennent une telle extension, qu'il devient impossible de distinguer ce qui appartient au trajet intra-médullaire des racines postérieures de ce qui relève des faisceaux endogènes. Toutes ces fibres sont en contact immédiat et on ne peut pour l'étude que nous poursuivons, retirer aucune preuve de l'examen de nos coupes. Nous arrêterons donc ici la description histologique de notre cas.

Nous nous contenterons de signaler que sur les coupes supérieures la zone dégénérée occupe exactement dans le cordon

de Goll la place qui a été constatée maintes fois à la suite des lésions des racines lombo-sacrées ou de leur section expérimentale.

IV.

Avant de donner les raisons qui nous ont déterminé dans l'interprétation de notre cas et de développer nos conclusions, il est indispensable de rapprocher ce fait d'autres antérieurs qui ne sont qu'une confirmation du nôtre ou une contre-épreuve. Si l'on veut bien se reporter à la lecture de l'observation de MM. Souques et Marinesco[1], on sera frappé ainsi que nous l'avons été nous-même de l'identité des examens histologiques. Il s'agissait dans le fait rapporté par ces auteurs d'une malade morte à la suite de la compression des nerfs de la queue de cheval. Or notre description est à peu près calquée sur la leur et nous nous contenterons de citer le passage qui a trait à une coupe de la région lombaire moyenne, et à celle faite au niveau de la deuxième paire dorsale.

Région lombaire moyenne. — « Les deux zones cornu-commissurales qui, dans la région précédente, se touchaient sur la ligne médiane sont ici très écartées, l'une de l'autre, de sorte qu'elles sont séparées par une surface dégénérée. Quant aux deux bandelettes médianes (centre ovale) on voit ici qu'elles ont reculé vers la périphérie de la moelle. Elles siègent à peu près à l'union du quart postérieur avec les trois quarts antérieurs du septum médian. »

C'est, on le voit, exactement la description qui peut s'adapter au point de passage représenté entre nos *figures* 10 et 11 et que nous avons constatée sur nos préparations.

Au niveau de la douzième racine dorsale, apparaît encore la même concordance avec l'aspect que nous avons constaté nous-mêmes et qu'on peut voir dans la *figure* 11.

« Nos bandelettes médianes (centre ovale) touchent la périphérie de la moelle toujours séparées l'une de l'autre par le septum médian. Elles sont un peu plus minces que dans la région précédente. Sur l'extrémité postérieure de chacune d'elles vient s'implanter perpendiculairement une nouvelle bandelette saine bordant le segment postérieur de la circonférence de la moelle. De telle sorte que l'image déterminée par cette rencontre peut être

[1] Souques et Marinesco. — *Presse médicale*, 1895.

représentée par deux angles droits adjacents et regardant en sens inverse (l'un à droite, l'autre à gauche). »

Il est inutile d'insister plus longuement sur la parfaite similitude des deux observations, mais ce qui à notre avis n'est pas le moins important, c'est que les auteurs précédents n'ont pas cherché à donner d'interprétation de la disposition observée par eux ; cette constatation sans commentaires a pour nous d'autant plus de valeur,

A côté de cette preuve directe, les deux cas récemment publiés par Hoche[1] fournissent en quelque sorte une contre-épreuve.

Dans deux cas de compression de la moelle assez haut placée quatrième et sixième cervicale dans l'un, au-dessous de la huitième cervicale dans l'autre, l'auteur représente sur ses figures une dégénérescence descendante dans les cordons postérieurs.

Cette dégénérescence est topographiquement absolument superposable aux zones restées intactes dans le fait de MM. Souques et Marinesco et dans le nôtre où avait eu lieu une dégénérescence radiculaire ascendante ayant épargné les régions que nous étudions. A partir de la 11e paire dorsale et seulement pour ce qui a trait à notre zone postérieure les figures de Hoche mériteraient d'être placées en regard des nôtres. Plus loin nous dirons comment nous comprenons les schémas de l'auteur allemand et nous expliquerons comment nous les entendons à la région dorsale supérieure et dans les régions inférieures où il y a absence de dégénération dans la zone cornu-commissurale. Pour le moment qu'il nous suffise de constater l'existence de fibres à dégénération descendante ou à long trajet dans les cordons postérieurs.

V.

Dans ces observations nous étudierons séparément deux régions non dégénérées à la suite de compressions radiculaires, toutes deux médianes, l'une antérieure, l'autre postérieure.

Mais auparavant et puisque nous allons parler de fibres endogènes et de faisceaux commissuraux des cordons postérieurs, il

[1] Hoche. — *Loc. cit.*

est de toute nécessité d'établir par des documents ou des opinions antérieures que ces faisceaux ne peuvent être ni des filets radiculaires descendants, ni des filets radiculaires émanés de ces derniers rameaux coccygiens dont Rauber[1] a dit qu'ils ne pouvaient être vus au moins pour le second que microscopiquement.

1° *Les faisceaux endogènes des cordons postérieurs ne doivent pas être confondus avec les filets radiculaires descendants.* — Nous nous permettons de renvoyer pour la défense de cette opinion au très habile plaidoyer de MM. Gombault et Philippe[2] que nous ne pourrions qu'affaiblir.

Nous nous contenterons seulement de rappeler que si Schultze[3] avait pensé pouvoir attribuer à la lésion des racines une dégénération descendante en virgule, M. Tooth a bien montré que celle-ci ne se produisait chez les singes qu'après une section transversale de la moelle et non après la section isolée des racines.

Un autre expérimentateur, Berdez[4], qu'on a coutume à tort d'opposer à Tooth, s'exprime ainsi : « La partie interne du cordon postérieur n'est pas uniquement formée par des fibres radiculaires. Après section de quatre paires rachidiennes en commençant par la 3e sacrée, la partie interne du cordon postérieur n'est pas uniquement formée par des fibres radiculaires La zone limitant le sillon médian postérieur est restée libre de dégénérescence jusqu'à la partie supérieure du cône médullaire. »

Pour lui l'origine de ces fibres se trouverait dans la substance grise. Hâtons-nous de dire que cet auteur admet concurremment l'existence de filets radiculaires descendants, mais ceux-ci se trouvent dans la région moyenne des cordons postérieurs. De plus, de l'avis de tous les auteurs les fibres radiculaires descendantes sont toujours des branches à trajet très court.

Nous citerons également l'avis de MM. Déjerine et Sottas[5] à propos d'un cas de destruction des racines inférieures depuis

[1] *Morphologisches Jahrbuch*, 1893.
[2] Gombault et Philippe. — *Loc. cit.*
[3] Schultze. — *Loc. cit.*
[4] Berdez. — *Loc. cit.*
[5] Déjerine et Sottas. — *Société de Biologie*, 15 juin 1895.

la quatrième lombaire inclusivement : « Dans toute la portion de la moelle située au-dessous de la troisième racine lombaire le cordon postérieur était complètement dégénéré sauf dans une zone assez large, bordant la commissure grise et se prolongeant en pointe le long du col de la corne postérieure. Il existait de plus une petite bande saine le long du septum médian. Il est très important de signaler que l'étendue de ces zones saines augmentait à mesure que l'on se rapprochait de la terminaison de la moelle, car cette circonstance prouve que les fibres saines n'étaient pas des rameaux descendants venus des fibres radiculaires saines sus-jacentes, mais bien des fibres d'origine médullaire. » Voilà un premier point suffisamment établi ; si les filets radiculaires descendants existent, ils ne sauraient être confondus avec les faisceaux endogènes antérieur ou postérieur. Ils n'en ont surtout à la région inférieure ni la topographie, ni la longueur au moins pour le postérieur.

2° Les *faisceaux dits endogènes dans les cordons postérieurs ne représentent pas le trajet intra-médullaire des derniers filets coccygiens.* — Que les filets coccygiens existent et suivent en remontant dans la moelle un trajet très voisins de celui des racines sacrées, nul doute à cet égard. Mais dans les cas de compression de la moelle et non plus de racines, dans ces cas où la compression siégeait assez haut pour qu'il ne puisse plus être question de dégénérescence traumatique, il est impossible d'admettre que les régions dégénérées dans le sens descendant ne le fussent pas à la suite de la lésion destructive de la moelle et dans ce cas il ne peut être question de filets coccygiens. Quon se reporte aux observations déjà signalées de Barbacci, de Hoche où consécutivement à une lésion destructive de la moelle, variant comme hauteur entre la sixième dorsale et la huitième cervicale et l'on ne pourra comprendre les dégénérations descendantes de tous ces cas que par la présence dans les cordons postérieurs de fibres descendantes à long trajet.

Dans les descriptions données par ces auteurs, ces fibres se prolongeaient manifestement jusqu'à la partie terminale de la moelle et dans le cône terminal en se groupant en descendant vers le sillon interne et postérieur et tout à fait en bas le long de la partie la plus postérieure du sillon médian.

La longue distance à laquelle se produit la dégénérescence doit de même faire écarter toute explication par la dégéneres

cence traumatique de Schiefferdecker [1] admise également par Kahler et Pick [2].

Les arguments précédents ne sont en quelque sorte que négatifs; expérimentalement on sait d'une façon positive que les fibres endogènes existent dans la moelle. On lit dans *van Gehucten*, page 205 : « Ehrlich et Brieger en 1884 ont montré qu'une ligature temporaire de l'aorte abdominale (expérience de Stenson) amène la mort de la substance grise de la moelle lombaire... Ils ont trouvé chez des animaux, qui avaient survécu quelques semaines à cette expérience, outre la dégénérescence des fibres des racines antérieures et d'un grand nombre de fibres du cordon antéro-latéral... une zone de fibres en dégénérescence au sommet du cordon postérieur tout près de la commissure grise. »

Voyons maintenant comment il faut comprendre le trajet des fibres endogènes dans la moelle : voie d'union courte pour toutes ses fibres ou courte pour les unes, longue pour les autres.

1° *Fibres à court trajet.* — Nous allons étudier d'abord les fibres groupées dans la zone appelée communément cornu-commissurale, qui répondent à notre premier système de fibres endogènes groupe antérieur ou à court trajet.

L'établissement de ce premier groupe et sa nature endogène sont des mieux établis. M. Marie [3], constatant l'intégrité de cette zone dans le tabes, a émis l'hypothèse qu'elle est composée de fibres endogènes. Pour lui la pellagre, maladie d'origine endogène détermine des lésions au niveau de la zone cornu-commissurale et dans d'autres régions dont nous reparlerons. Carl Mayer [4] pense aussi que dans les cas de destruction de la queue de cheval, les fibres radiculaires n'existent qu'en petit nombre dans la zone cornu-commissurale. On devait donc retrouver ces fibres dans notre cas, elles existent

[1] Schiefferdecker. — *Ueber regeneration und degeneration Ruckenmarks.*

[2] Kahler et Pick. — *Virchow's Archiv.*, LXIII. *Archiv. für Psychiatrie*, 1880.

[3] Marie. — *Leçons sur les maladies de la moelle*, 1892. *Semaine médicale*, 1894. *Gazette des hôpitaux*, 1894.

[4] Carl Mayer. — *Jahrbuch für Psychiatrie und Nervenheilkunde*, Bd. XIII.

en effet et nous avons déja insisté sur leur disposition un peu particulière sur laquelle nous reviendrons après avoir montré qu'il s'agit bien de fibres courtes.

Dans une observation du mémoire de MM. Gombault et Philippe au-dessous d'une myélite transverse traumatique siégeant au niveau du renflement lombaire, on trouve : « un triangle vide de fibres, dont la pointe atteint la commissure postérieure, mais plus bas ce triangle se restreint dans sa direction antéropostérieure à mesure qu'on descend et sur la coupe la plus inférieure, la pointe reste environ à égale distance de la commissure et du bord postérieur de la moelle », voilà donc un territoire qui non seulement change de forme mais aussi diminue de volume ainsi qu'on peut s'en assurer sur les figures données par ces auteurs. En route les fibres de la région antérieure disparaissent en partie et sont remplacées par d'autres saines. Elles n'avaient par conséquent qu'un trajet assez court.

Quant aux faits ou consécutivement à des lésions radiculaires, à côté des lésions ascendantes de la moelle, existait une zone cornu-commissurale respectée, ceux-là sont assez nombreux. Témoin notre observation, une de Schultze, celle de Souques et Marinesco.

Ces fibres courtes dans les cas de compression de la moelle ne devront dégénérer qu'au voisinage de la lésion et dès qu'on s'en éloignera on ne devra plus les rencontrer.

C'est effectivement ce qu'a représenté Hoche. Dans les régions inférieures de la moelle, seul le faisceau postérieur a subi la dégénérescence, la zone antérieure cornu-commissurale est saine ; mais au voisinage de la lésion, dans la région dorsale supérieure, que voyons-nous? une dégénérescesce en virgule semblable à celle décrite par Schultze, dégénérescence qui s'arrête assez tôt.

Aussi entre la dégénérescence en virgule à la région cervicale et la dégénérescence cornu-commissurale des régions inférieures, nulle différence quant à la signification ; il s'agit de régions occupées par des fibres à trajet assez court et qui changent de place suivant la hauteur où on les examine. Nous avons déjà insisté sur leur présence au voisinage du septum dans le cône médullaire, d'où le nom de faisceau sulco-commissural. Dans la région sacrée nous les avons montrées sulco-cornu-commissurales, et devenant cornu-commissurales à partir de

la région lombaire moyenne. MM. Déjerine et Spiller[1] mentionnent cette zone comme intacte jusqu'à la hauteur de la troisième racine lombaire, et dans leur cas à la hauteur de la première paire lombaire la zone cornu-commissurale est dégénérée, il n'y avait plus de fibres endogènes.

Le même fait s'est reproduit sur nos coupes et sur celles de MM. Souques et Marinesco, la dégénérescence ascendante refoule latéralement les fibres endogènes à ce niveau troisième lombaire.

La zone cornu-commissurale en remontant se déplace en quelque sorte de dedans en dehors, du septum vers les cornes postérieures.

C'est pour cette raison qu'à la région dorsale supérieure et cervicale nous leur assimilons la virgule de Schultze, et c'est ce que semblent prouver les figures de Hoche où à la région de la virgule de Schultze celle-ci est représentée dégénérée.

De cette virgule de Schultze nous ne dirons rien après MM. Gombault et Philippe, qui en ont fait une étude très approfondie quant à sa situation et aux modifications que celle-ci peut subir et à son trajet toujours assez court ; nous ne pouvons que nous ranger à l'avis de ces auteurs.

En résumé notre premier système représente un trajet commissural court, dégénérant vers le bas à la suite de compression de la moelle, ou restant intact lors de lésions localisées aux racines postérieures.

Les faisceaux de ce système n'atteignant pas la périphérie de la moelle, restent cantonnés au voisinage soit du sillon postérieur, soit de la commissure, soit de la base des cornes postérieures.

Ils forment un groupe de fibres endogènes antérieur, et, suivant les étages auxquels on les considère, il peut être appelé :

Sulco-commissural postérieur au niveau du cône terminal ;

Sulco-cornu-commissural dans la région sacrée ;

Cornu-commissural à la région lombaire et dorsale inférieure.

Plus haut, c'est à ce système qu'appartient le faisceau virgule de Schultze.

D'une façon générale les fibres occupent la partie interne des filets radiculaires qui pénètrent dans la région où on les

[1] Déjerine et Spiller. — *Bulletin de la Société de Biologie*, juillet 1895.

considère placées à la région cervicale entre les faisceaux de Burdach et de Goll ; à la région sacrée à la partie tout à fait interne du cordon postérieur.

Il y a peut-être là au point de vue fonctionnel une disposition particulière qui fait supposer que ces fibres mettent en connexion la moelle d'une part, les filets radiculaires d'autre part, et non deux étages superposés de la substance grise médullaire[1].

2° *Du deuxième système de fibres endogènes à direction descendante.*

Fibres à long trajet. — Jusqu'ici les auteurs n'ont décrit que des voies commissurales courtes ; le deuxième système de fibres que nous allons étudier est le postérieur et par l'étendue de ses dégénérescences mérite le nom de système à long trajet. Bien entendu ce n'est pas sur la présence seule de fibres à myéline intacte dans les cas de lésions des nerfs de la queue de cheval que l'on peut exclusivement s'appuyer. La preuve de l'existence de ces fibres ne peut être fournie que par les cas de dégénérescence descendante consécutive à une lésion médullaire haut placée.

Barbacci[2] montre qu'à la suite d'une compression au niveau de la sixième dorsale la dégénérescence descend manifestement presque dans le cône terminal en se groupant près du septum.

Hoche publie deux faits où cette même dégénération s'étend depuis la première dorsale jusqu'au cône terminal. Son existence est donc bien réelle et contrôlée par ce fait que dans notre cas et d'autres à la suite de lésions des nerfs de la queue de cheval ces mêmes zones dégénérées sont au contraire retrouvées intactes.

Le trajet suivi par ce faisceau varie suivant la hauteur de son parcours, mais quel que soit le niveau il est toujours en bordure du cordon postérieur soit de la périphérie postérieure, soit de la périphérie interne, c'est-à-dire du septum.

A la région cervicale et dorsale supérieure il se trouve à la périphérie des cordons postérieurs presque au voisinage de l'angle postéro-antérieur, à la région dorsale moyenne il se

[1] Dans la zone cornu-commissurale, en plus des fibres endogènes à direction descendante, il en existe à direction ascendante.

[2] Barbacci. — *Loc. cit.*

dirige vers le septum ; à la région dorsale inférieure il devient angulaire ayant une branche transversale le long de la circonférence postérieure de la moelle et une branche postéro-interne le long du septum. Au niveau de la troisième paire lombaire la branche transversale disparaît et l'interne constitue le centre ovale de Flechsig. A la région sacrée le centre se déplace de nouveau en arrière, redevient angulaire pour se terminer en forme de triangle médian décrit par MM. Gombault et Philippe.

Donc faisceau postérieur, faisceau angulaire, centre ovale de Flechsig, triangle médian de Gombault et Philippe ne sont que les différentes étapes topographiques d'un même groupe de fibres et représente la voie endogène à long trajet des cordons postérieurs.

Le déplacement de ce faisceau ne s'opérant qu'à la périphérie, on comprend très bien qu'à aucun moment il n'ait à couper les fibres radiculaires dans la moelle. Chemin faisant il reçoit les rameaux transversaux provenant des différents étages de la moelle et en perd probablement sur son parcours ; mais le point sur lequel nous avons tenu à insister, c'est que dans des cas bien observés, on a vu la dégénérescence aller de la région cervicale jusqu'à la partie terminale de la moelle. La continuité de ce faisceau peut facilement échapper à cause de sa situation tout à fait périphérique et du nombre très restreint des fibres qui le composent mais cette continuité est trop nette dans notre cas, dans celui de MM. Souques et Marinesco et ceux de Hoche pour qu'elle ne soit pas interprétée de cette façon.

Arrivé à la fin de cette étude voyons quelles lésions seront la conséquence d'une compression de la moelle.

Suivant la hauteur, on trouvera deux champs dégénérés à direction descendante : l'un court l'antérieur ; l'autre long et postérieur. Des deux l'antérieur est le plus important quant au nombre de ses fibres avec exception possible pour la région tout à fait inférieure de la moelle (cône terminal).

Une compression de la région cervicale ou dorsale supérieure se traduira par la dégénération du faisceau virgule de Schultze, accompagnée sur toute la hauteur de la moelle de la dégénération descendante de notre faisceau à long trajet. Si la compression siège plus bas la virgule de Schultze sera remplacée par les zones cornu-commissurales dont nous avons

indiqué les différentes positions et il y aura toujours le faisceau à long trajet.

Au point de vue des lésions tabétiques on pourrait expliquer par cette manière de voir pourquoi, outre l'intégrité souvent constatée de la zone cornu-commissurale dont nous avons parlé plus haut, on trouve intact également le centre ovale de Flechsig et, à la région cervicale seulement, la zone postéro-externe des cordons postérieurs, ainsi que l'ont signalé Strumpell et Marie.

Nous croyons pouvoir en terminant apporter les conclusions suivantes :

1° La présence de filets radiculaires descendants dans les cordons postérieurs n'est pas encore absolument démontrée chez l'adulte ; mais même si leur présence ne pouvait être mise en doute, elle n'infirmerait pas l'existence de fibres endogènes à dégénération descendante dans ces mêmes cordons postérieurs ;

2° On peut considérer deux systèmes de fibres descendantes dans le cordon postérieur dites fibres endogènes ou commissurales. L'un de ces systèmes antérieur est à court trajet ; l'autre postérieur a un trajet très long au moins pour une partie de ses fibres.

Nota. — Nos figures schématiques, n'ayant la prétention que d'attirer l'attention sur une disposition topographique, ne représentent nullement le volume exact des faisceaux que nous étudions.

BIBLIOGRAPHIE.

1. Barbacci. *Lo Sperimentale*, 1891, p. 386.
2. Bechterew. *Neurologisches Centralblatt*, 15 janvier 1885.
3. Berdez. *Revue médicale de la Suisse Romande*, mai 1892.
4. Bouchard. *Archives générales de médecine*, 1866.
5. Bräutigam. *Jahrbüch. für Psychiatrie*, 1892.
6. Bruns. *Archiv. für Psychiatrie*, 1893.
7. Codeluppi. *Riv. sper. di fren.*, 1887.
8. Darkschewitch. *Neurologisches Centralblatt*, 1er janvier 1896.
9. Daxenberger. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1893.
10. Déjerine et Sottas *Société de Biologie*, 15 juin 1895.
11. Déjerine et Spiller. *Société de Biologie*, 27 juillet 1895.
12. Déjerine et Thomas. *Gaz. hebd. de Méd. de chir.*, n° 53, p. 627.
13. Dufour. *Société de Biologie*, 2 mai 1896.
14. Durante. Thèse Paris, 1895.

15. Egger. *Arch. für Psychiat. und nerven Krankh.*, t. XXVII, 1895.
16. Essenlohr. *Neurologisches Centralblatt*, 1884.
17. Fajerstajn. *Neurolog. Centralblatt*, 1895.
18. Flechsig. *Die Zeitungsbahnen in Gehirne und Reückenm*, 1876.
19. Gehuchten (van). *Le système nerveux de l'homme.*
20. Gombault et Philippe. *Archives de médecine expérimentale*, 1894.
21. Gombault et Philippe. *Semaine médicale*, avril 1895.
22. Hoche. *Neurologisches Centralblatt*, fevrier 1896.
23. Kahler et Pick. *Archiv. für Psychiatrie*, 1880.
24. Kölliker. *Zeitschrift für Wirrenschaft Zoolog.*, 1890.
25. Lange. *Schmidt's Jahrbücher*, 1872.
26. Lenhossek (von). *Der feinere Bau des Nervensystems.*
27. Lœwenthal. *Recueil zoologique suisse*, II, 1885.
28. Margulies. *Neurologisches Centralblatt*, avril 1896.
29. Marie. *Gazette des hôpitaux*, 1894. *Semaine médicale*, 1894.
30. Marie. *Leçons sur les maladies de la moelle*, 1892.
31. Marinesco. *Société de Biologie*, juin 1894.
32. Mayer Carl. *Jahrbuch. für Psychiatrie und Nervenheilkunde.* Bd. XIII.
33. Nageotte. *Revue neurologique*, 1895.
34. Odi et Rossi. *Arch. ital. de Biologie*, 1891.
35. Oppenheim. *Archiv. für Psychiatrie*, 1893.
36. Paladino. *Archiv. ital. de Biologie*, t. XXIII.
37. Ramon y Cajal. *Anatomisches Anzeiger*, 1890.
38. Redlich. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1892.
39. Rossolymo. *Neurologisches Centralblatt*, 1886.
40. Sarbo (Arthur). *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1893.
41. Schaffer. *Archiv. für microscopische Anatomie*, 1894.
42. Schaffer. *Neurologisches Centralblatt*, 1895.
43. Schiefferdecker. *Virchow's Archiv.*, LXVIII.
44. Schultze. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1882.
45. Schultze. *Arch. für Psychiatrie*, 1883.
46. Singer. *Sitzungsb. den Wien. Akad.*, 1881.
47. Soltas. *Presse de médecine*, 1893.
48. Souques. *Soc. de Biologie*, mai 1895.
49. Souques et Marinesco. *Revue médicale*, 1895.
50. Strumpell. *Arch. für Psychiatrie*, 1880.
51. Tooth. *Lectures of secundary degeneration of spinal Cord*, London, 1889.
52. Turck. *Académie des Sciences de Vienne*, 1851, 1853, 1855.
53. Valentini. *Zeitschrift für Klinische medicin*, 1893.
54. Westphal. *Virchow's Archiv.*, XLVIII.
55. Westphal. *Archiv. für Psychiatrie*, 1878 et 1880.

PATHOLOGIE NERVEUSE.

NOTE SUR UN CAS DE PACHYMÉNINGITE HÉMORRAGIQUE PRISE POUR UNE PARALYSIE GÉNÉRALE ;

Par le D[r] F. BOISSIER,

Ancien interne des Asiles d'aliénés de la Seine.

Peu de lésions nerveuses sont d'un diagnostic plus généralement obscur que la pachyméningite hémorragique cérébrale. Qu'elle complique une paralysie générale ou un alcoolisme invétéré ; qu'elle survienne chez un aliéné chronique, ou chez un vieil athéromateux ; qu'elle soit enfin la seule manifestation morbide apparente chez un diathésique plus ou moins latent, elle est trop souvent méconnue et réduite à une surprise d'autopsie.

C'est au moins, ce qu'avec une frappante unanimité, proclamaient les anciens auteurs qui l'avaient si bien décrite au commencement du siècle (Pinel, *Nosographie Philosophique*, p. 395), lorsque le cadavre révélait leur méprise. « Il nous semble impossible, dit Rostan, de distinguer cette maladie du ramollissement; même marche graduelle, identité des symptômes. Les signes précurseurs manqueut, mais cela arrive souvent dans le ramollissement[1]. » Durand Fardel avoue « qu'il lui paraît à peu près impossible d'éviter une erreur[2] », et Gendrin insinue qu'on ne saurait distinguer cette lésion dont les signes se confondent avec ceux de tant d'autres[3]. Plus tard en des travaux tels que ceux de Binet (1856) et Brunet (1859), on ne trouve pas dans leurs nombreuses observations l'indica-

[1] Rostan.— *Recherches sur le ramollissement du cerveau.* Paris, 1823.

[2] Durand Fardel.—*Recherches sur le ramollissement du cerveau.* Paris, 1823.

[3] Gendrin. — *Traduction des maladies de l'encéphale d'Abercrombie.* Paris, 1895.

tion que le diagnostic ait été exactement fait. Par contre Béhier[1] se félicite comme d'une chose rare d'avoir reconnu une pachyméningite du vivant de son malade; il se plaît à énumérer les difficultés surmontées grâce à la longue durée de son cas, à l'unilatéralité de la lésion, et à la rigueur de l'examen des phénomènes; mais il a dû dégager minutieusement les conditions différentielles de la paralysie agitante, de la sclérose en plaques, de la paralysie générale et de l'hémorragie cérébrale vulgaire. « Cette dernière, ajoute-t-il, s'accompagne moins souvent de convulsions et de contractures »; mais que de fois ne voit-on pas l'hématome à néomembrane évoluer avec des accidents convulsifs insignifiants et sans aucune contracture! S'agit-il d'un cerveau chroniquement malade, on est naturellement conduit à croire à une simple progression du mal primitif; s'agit-il au contraire d'un encéphale primitivement sain, on pense, selon la systématisation ou la diffusion relatives des signes à une tumeur ou à un ramollissement. En présence d'une invasion soudaine, imprévue, on hésite entre une apoplexie commune, quelquefois même, si les antécédents et commémoratifs font défaut, à un coma urémique ou diabétique. Enfin quand l'évolution est particulièrement lente et graduelle, on risque d'incriminer à tort une paralysie générale dont il n'y a en réalité pas l'ombre, comme le montrent plusieurs observations publiées dans divers recueils, entre autres dans les *Annales médico-physiologiques*. C'est ce qui a eu lieu pour notre malade; la marche, le groupement, l'aspect des symptômes ont trompé quatre médecins différents entre les mains desquels il est successivement passé.

Observation. — Victor S..., concierge, quarante-deux ans, était un homme de belle stature et de la plus robuste apparence, musculature puissante, face large et colorée, barbe et chevelure touffues et soyeuses d'un châtain clair, peau fine et saine. Son père, vieil arthritique, est atteint d'un asthme rebelle, la mère assez bien portante est une ancienne migraineuse, un peu obèse. Une sœur serait morte à vingt-quatre ans d'une affection cérébrale dont je n'ai pu établir la nature. S... n'a pas eu de maladies graves autres que les fièvres éruptives communes de l'enfance.

Sur aucun point des téguments, pourtant délicats et peu velus, on ne peut trouver ni cicatrice, ni tache suspecte; pas un ganglion engorgé, pas une aspérité osseuse du tibia, rien nulle part qui

[1] Béhier. — *Pachyméningite cérébrale.* Paris, 1873.

puisse évoquer l'idée d'une ancienne syphilis; marié jeune, il a eu de beaux enfants, sa femme n'a jamais fait de fausse couche; l'enquête la plus rigoureuse d'ailleurs permet d'affirmer avec certitude l'absence de cette maladie. Victor S... a toujours été d'un caractère plutôt froid, sérieux, timide et bienveillant. Rangé, scrupuleux même, assidu à son travail, il était seulement enclin, si on le poussait à bout, à des colères très vives avec congestion de la face, et qui, aussi fugaces que violentes, cessaient immédiatement non sans laisser un peu de malaise, mais sans accrimonie et sans méchanceté. Au régiment il ne se grisait pas, mais buvait d'habitude un peu, quoiqu'il ne s'en trouvât pas bien. Dans la suite il n'a fait aucun excès de boisson, et malgré un usage modéré mais régulier de liqueurs ou de vin, il est considéré dans son milieu comme très sobre. « Le sang à la tête, voilà son point faible », une colère, une fatigue, une émotion engendrent une céphalée gravative à laquelle il est sujet depuis des années et qu'exagère le moindre écart de régime; la tête devient chaude et douloureuse, les yeux tendus, les pommettes rouges. Il demande à chaque instant des bains de pieds sinapisés. Rien d'inquiétant jusqu'au commencement de 1892, c'est à ce moment que l'état devient mauvais. La tête lui tourne quand il fait des efforts, les emportements deviennent plus fréquents et plus pénibles pour lui; il sent qu'il devient nerveux. A la fin de cette même année son caractère est altéré, il devient mou, indifférent, abandonne son travail, il est plus irritable que jamais, et perd beaucoup de son initiative. Il est distrait, absorbé, oublie facilement ce qu'il doit faire et se défie lui-même de sa mémoire, il a des étourdissements fréquents, et sa tête le fait constamment souffrir. Il parle lentement parce que souvent sa langue fourche. Le 8 août 1893 survient un vertige intense à la suite duquel le côté gauche reste plus faible; il persiste de l'hébétude, S... répond aux questions tout de travers et avec un rire niais. Deux jours après se produit une attaque apoplectiforme avec perte complète de connaissance. La face est empourprée, la respiration stertoreuse, il se produit au début quelques tressaillements convulsifs légers, puis un peu de rigidité des membres, laissant la place à un coma profond avec résolution musculaire qui dure près de deux jours. Le réveil de la motilité et de la conscience se fait peu à peu; mais en même temps se développe une agitation incohérente avec illusions, hallucinations multiples, visions d'ennemis, terreurs, menaces, appels aux secours, tentatives de fuite et de défense furieuse. La faiblesse musculaire entrave heureusement les violences; mais ces faits nécessitent le placement de Victor S... à Sainte-Anne où il arrive le 13 août. Il y reste alité, quoique très turbulent, pendant trois jours. Bientôt l'agitation tombe graduellement. Le calme survenu laisse voir une obtusion intellectuelle identique à celle d'un paraly-

tique général assez avancé. Le certificat d'internement émanait d'un médecin praticien des plus distingués et portait : « paralysie générale avec ictus apoplectiforme ». A l'arrivée ce diagnostic fut accepté. Au bout de deux semaines la rémission était suffisante pour permettre à S... de rendre quelques menus services en rapport avec l'infériorité de son état intellectuel, et il fut revu pour le certificat de quinzaine par le Dr D... suppléant de M. Magnan alors en congé. Le malade comprend qu'il est à l'hospice, il ne se péoccupe pas de sa situation, il ignore la date du jour et du mois, il a de la peine à retrouver le millésime, ses facultés sont notablement affaiblies, il perd sa casquette, égare son mouchoir et ses objets de poche. Les efforts pour se rappeler sont le plus souvent infructueux, les souvenirs anciens sont mieux conservés. Il reste propre et poli, mais sans initiative, hébété avec un air de vague béatitude. Interrogé sur son passé il parle volontiers de son service militaire, se donne comme un soldat modèle, « le meilleur cavalier du régiment, il a donné des leçons d'équitation à la fille d'un général », allégation que nous prîmes (à tort) pour l'indice d'idées de satisfaction sinon de grandeur[1]. Il se trouve heureux a l'asile et ne s'inquiète pas des siens. La parole est traînante et chantonnante, les voyelles sont irrégulièrement scandées; dès que l'élocution s'accélère les syllabes s'embarrassent, les mots compliqués ne peuvent pas être prononcés. Le masque est sans expression comme figé; les réflexes sont ralentis notablement des deux côtés, la faiblesse musculaire assez sensible, un peu plus marquée à droite. La démarche est indécise, quelque peu vacillante, impossible quand le malade ferme les yeux.

Les pupilles sont très inégales, la gauche est plus dilatée, elles en réagissent que faiblement à la lumière et à l'accommodation. Les mains sont gourdes et tremblotantes, l'écriture malaisée avec des lettres et des mots oubliés. S... est considéré comme un paralytique général sans délire. Cet état se maintint quelques semaines, une amélioration relative laissa donner une permission de deux jours qui se passa bien, rien de nouveau ne parut en septembre, ni en octobre.

Le 7 novembre survint le soir un nouvel ictus apoplectiforme, moins grave pourtant que le premier; le lendemain matin S... essaya de se lever, il demeurait assis penché du côté droit; on le recoucha (bains de pieds sinapisés, calomel 0,50). Il recommença de nouveau à se remettre, mais avec un accroissement évident des signes démentiels, lorsque le 30 novembre il fut frappé d'un troisième ictus plus intense que jamais, avec perte absolue de connais-

[1] Nous avons su plus tard que le malade était en effet excellent écuyer et avait appris à monter à cheval aux enfants d'un général dont il était alors l'ordonnance.

sance, pouls à 102 et température 38° le matin et 41°,4 le soir, mort dans le coma pendant la nuit.

Autopsie vingt-six heures après la mort. Crâne normal comme épaisseur, et sans adhérence pathologique de la dure-mère aux os. Les sinus sont gorgés de sang noir.

La dure-mère présente au premier abord un aspect tendu et une coloration ardoisée (due au sang épanché au-dessous et vu par transparence) ; incisée à droite le long de la faux, cette membrane laisse écouler une masse de caillots noirs avec un sérum jaunâtre, puis des caillots rouges d'apparence plus récente et qui formaient une couche plus profonde que les caillots noirs. Tout ce sang est contenu dans une poche membraneuse qui tapisse la cavité arachnoïdienne sur toute l'étendue de la convexité de l'hémisphère.

La néomembrane est d'une couleur uniformément brune, elle est assez friable, mesure à peine un quart de millimètre d'épaisseur ; très lisse sur sa face externe qui se détache facilement de la dure-mère.

L'hématome s'est donc créé un large espace entre la dure-mère et l'hémisphère qui se trouve aplati sur toute l'étendue de sa face convexe et refoulé vers la faux et vers la base. Ouverte à gauche, la dure-mère laisse voir exactement la même disposition, même néomembrane avec épanchement sanguin occupant la même capacité et la même étendue ; il y a de part et d'autre près de 300 grammes de sang caillé. Les vaisseaux de la néomembrane ne sont pas visibles à l'œil nu.

La dure-mère débarrassée de celle-ci, conserve sa couleur nacrée et son poli, elle n'est pas augmentée d'épaisseur, et ne présente à l'œil nu aucune modification spéciale. L'arachnoïde un peu plus difficile à dégager de la fausse membrane est légèrement épaissie et opaline sur quelques points de la convexité, et a pris une teinte rougeâtre ; elle n'adhère nulle part aux parties sous-jacentes. La première fortement injectée, rouge foncé, ecchymotique en divers points, est libre de toute adhérence au cerveau, elle s'enlève sans happer à la substance grise dont elle n'entraîne pas la moindre parcelle.

Le cerveau, sous la double compression exercée des deux côtés de dehors en dedans et de haut en bas par le sang auquel il a dû céder une large place, est refoulé symétriquement vers la ligne médiane et vers la base contre lesquelles il est appliqué avec force. Il est aminci au point de former un angle aigu tout le long de son bord supérieur et un bec à chaque extrémité, sa coupe est devenue tout à fait triangulaire. Réduit aux trois quarts de son volume normal il est pâle et exsangue et paraît avoir subi un commencement d'atrophie en masse, mais ne montre pes trace de ramollissement. Les circonvolutions sont déformées, serrées les unes contre

les autres et aplaties. Au palper comme à la coupe les hémisphères tassés par la compression ont une consistance plus ferme et plus dense qu'à l'état ordinaire. Une série de sections méthodiques ne montrent aucune lésion dans le cerveau proprement dit; la substance corticale est amincie surtout à la face externe. La pie-mère cérébelleuse est injectée, le cervelet et le bulbe sont indemnes.

A noter une petite *hémorragie intra-protubérantielle* toute récente, constitués par quelques gouttes de sang encore rouge extravasé et infiltré dans le tissu nerveux dans le voisinage du noyau réticulé. Pas trace d'épendymite dans aucun des ventricules. Le bec du calamus est parfaitement lisse et intact.

On trouve deux très petits nodules d'athérome dans le tronc basilaire, et quelques petites plaques de même nature sur la crosse de l'aorte. Les poumons sont passivement congestionnés à la base, le cœur commence à se charger de graisse le long des coronaires. Rien de particulier à noter pour les autres organes.

Il n'y avait donc pas de lésions macroscopiques de paralysie générale; pas de granulations du calamus, lésion si précoce dans cette maladie; pas d'adhérences leptoméningées; pas de dégénérescences caractéristiques, altérations que l'on aurait certainement trouvées, la première surtout, chez un paralytique aussi avancé que le paraissait notre malade. On pouvait par conséquent nier l'existence de cette affection; ce que l'examen histologique, fait plus tard par M. Antheaume, est venu confirmer. Il était pourtant difficile d'éviter une erreur dans un cas si bien caractérisé en apparence. L'âge du patient, la diffusion des signes, leur progression régulière, leur aggravation après les ictus sans localisation spéciale, ne pouvaient nous égarer dans le sens d'une tumeur, d'une hémorragie cérébrale ou d'un ramollissement; mais, avec l'état intellectuel, ces constatations faisaient fatalement croire à une paralysie générale pure et simple à marche rapide, sans délire et terminée en quelques mois par des ictus répétés; comme nous en avions eu récemment plusieurs dans le service, contrôlées par l'autopsie.

L'étiologie seule aurait pu nous faire réfléchir; il n'y avait pas de syphilis; et la paralysie générale sans syphilis est tellement rare que, devant cette absence confirmée, nous aurions pu hésiter.

Mais quelle était alors l'origine de la pachyméningite? Je rappelle que le malade était un arthritique héréditaire, un type de ce que nos anciens auraient appelé la diathèse conges-

tive, qu'avec cela il était en voie d'artério-sclérose, que plusieurs gros troncs avaient laissé voir les premières atteintes d'un athérome naissant. Enfin l'examen microscopique ultérieur a montré l'endartérite des vaisseaux de la pie-mère. Le sujet ne faisait pas d'excès, n'était pas catégoriquement alcoolique, mais le simple usage courant de liqueurs et de vin pur suffisait sur un pareil terrain pour déterminer les plus fâcheux accidents, soit vers le foie ou les reins, soit vers l'encéphale comme la chose a eu lieu.

Il est à remarquer que dans ce cas l'arachnoïde, la pie-mère et ses vaisseaux, bien plus altérés que la dure-mère paraissent avoir joué un rôle autrement important que cette dernière. Ceci viendrait à l'appui des faits et de l'opinion exprimée par Bondurant dans son excellent mémoire sur la pachyméningite hémorragique interne [1]. Sur les huit cas d'hématomes subduraux de cet auteur, un s'est produit chez un paralytique général, un chez un alcoolique chronique, trois chez des vieillards athéromateux, et trois autres plus intéressants chez des sujets relativement jeunes (vingt-six ans, trente-six ans, quarante et un ans) présentant seulement quelques petites plaques clairsemées d'athérome dans quelques gros troncs artériels et un peu d'endartérite invisible à l'œil nu dans les vaisseaux de la pie-mère. M. Bondurant pose de nouveau la question de la nature de l'hématome et de la néomembrane pachyméningitiques. Il se range entièrement à l'opinion ancienne quelque peu modifiée. On sait que pour Serres, Rostan, Abercrombie, Andral, Blandin, Cruveilher, etc., l'hémorragie était primitive, le caillot s'organisait dans sa couche contiguë à la paroi des méninges et l'inflammation de la dure-mère était due à l'irritation causée par le sang épanché. Après Baillarger [2], avec Hescl, Virchow [3], Charcot et Vulpian [4], Lancereaux [5], Pirotais, Christian, Pauvert [6], etc., la proposition fut renversée,

[1] Bondurant. — *Pachymeningitis internia hemorrhagica.* The Alienist and Neurologist, 1893.

[2] Baillarger. — *Recherches sur le système nerveux.* Paris, 1847.

[3] Virchow. — *Das hæmatom der dura mater*, 1856.

[4] Charcot et Vulpian. — *Sur les néo-membranes de la dure-mère.* Gaz. Hebd., 1860.

[5] Lancereaux. — *Des hémorrhagies méningées.* Arch. Méd., 1862.

[6] Pirotais, Christian, Pauvert. — *Pachyméningite hémorrhagique.* Strasbourg et Paris, 1863, 1864, 1865.

l'inflammation de la dure-mère devint le fait initial, elle engendrait la néomembrane dont les vaisseaux sans consistance devenaient à leur tour la cause de l'hémorragie. Aujourd'hui, plus éclectique, on est porté à admettre les deux origines selon les cas. Mais en Amérique surtout et en Angleterre avec Bervan, Lewis, Clouston, Wiglesworth, Dercum, Hoyt, Wittaker, etc., on tend à admettre comme la règle l'hémorragie arachnoïdienne primitive, suivie d'organisation du caillot contre les parois, et inflammation secondaire de la dure-mère[1]; on compare même ce processus à l'organisation du caillot au contact de la paroi vasculaire dans le thrombus. Tel est l'avis soutenu par Bondurant qui termine son mémoire par ces mots : « En somme l'hémorragie méningée est le fait essentiel, et si l'inflammation de la pie-mère et de ses vaisseaux est admise comme présentant un caractère de chronicité, le terme de *leptoméningite chronique hémorragique* est mieux approprié que la dénomination communément adoptée. » Sur les huit cas du travail cité cette inflammation n'a jamais fait défaut, alors que celle de la dure-mère était insignifiante ou nulle.

D'autre part cette disproportion inflammatoire entre ces deux méninges est constante dans la grande majorité des cas et notamment dans ceux où l'hématome complique une paralysie générale, un alcoolisme chronique ou un athérome avancé. Elle se retrouve dans notre cas : endartérite des vaisseaux de la pie-mère, arachnoïde épaissie et rougeâtre par places, dure-mère indemne.

La néomembrane encore en voie d'organisation formée de leucocytes, de cellules conjonctives allongées, de masses fibrineuses et d'amas pigmentaires contenait des vaisseaux microscopiques dont la finesse ne paraissait pas en rapport avec l'abondance et l'étendue de l'épanchement. Celui-ci a dû se produire, il est vrai, par intervalles répétés, mais pendant des espaces de temps assez courts et tout porte à attribuer cette hémorragie aux vaisseaux chroniquement atteints de la pie-mère. Les artères malades des centres nerveux étaient en effet

[1] Wiglesworth en des travaux très documentés appuie cette opinion sur un nombre considérable d'autopsies. Pour lui chez les aliénés chroniques les vaisseaux méningés, privés de soutien par le fait de l'atrophie du cerveau, faiblissent et se laissent distendre; chez les sujets congestifs c'est la pression artérielle continue ou répétée qui engendre l'altération de ces vaisseaux et cause l'hémorragie, sans inflammation préalable des méninges et surtout de la dure-mère. (*Journal of Mental Science*, 1888.)

suffisamment enclines à la rupture chez notre sujet ; je n'en veux pour preuve que l'hémorragie intra-protubérantielle constatée à l'autopsie, et qui, du moins, ne pouvait rien avoir à faire avec la néomembrane. L'observation précédente doit donc venir à l'appui de celles de Bondurant.

Pour conclure : dans une telle situation clinique, quand le cerveau est intéressé sur toute sa convexité par un hématome dont la compression bilatérale est symétriquement distribuée et entrave d'une façon régulière la circulation capillaire au moins dans toute la couche corticale correspondante, le diagnostic paraît impossible et doit en tout cas rester obscur même en pesant rigoureusement chacun des symptômes. Enfin, en présence de malades supposés atteints de paralysie générale à marche rapide avec ictus multiples, s'il y a quelque sujet d'hésitation étiologique ou clinique, il faut dans le diagnostic réserver une place à l'hématome subdural.

PHARMACOLOGIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LA RICHESSE ALCOOLIQUE DES BOISSONS USUELLES ET DE QUELQUES PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES ;

Par M. P. YVON,

Chef du laboratoire de thérapeutique de la Clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

Parmi les questions que le médecin pose au malade pour établir son diagnostic, il en est une des plus importantes et qui n'est jamais omise, celle de savoir si ce malade prend ou non de l'alcool et, en cas d'affirmative, il désire en connaître au moins approximativement la quantité.

Souvent il est assez difficile d'être exactement renseigné soit que la question ne soit pas posée d'une manière suffisamment claire pour le malade, soit qu'elle soit mal comprise par lui.

Pour la plupart des malades en effet, surtout pour ceux qui composent la clientèle hospitalière, le mot alcool désigne uniquement l'alcool absorbé en nature, sous forme de spiritueux sucrés ou non, ils négligent entièrement celui qui existe dans les boissons fermentées qui entrent d'une manière à peu près générale dans notre alimentation. Nous allons voir que, de ce chef, la quantité d'alcool absorbé est bien plus grande qu'on ne le croit généralement, et qu'elle surpasse de beaucoup celle qu'on peut ingérer, en dehors des repas, sous forme de spiritueux.

Je ne veux pas ici entrer dans des considérations physiologiques et étudier si l'action nocive produite par l'alcool absorbé sous ces deux formes est identique ; le problème est du reste résolu. Je désire seulement rechercher quelle quantité d'alcool on peut absorber en vingt-quatre heures, par suite de l'ingestion des boissons usuelles ou des préparations pharmaceutiques.

Tout d'abord il est indispensable de rappeler la teneur en alcool des différentes boissons et des médicaments ; *les chiffres que nous donnerons sont rapportés à l'alcool absolu, à 100° centésimaux.*

Le tableau suivant indique la proportion pour 100, en volume, que renferment les principales boissons :

VINS. — Vin de Madère	20
— de Xérès	17 à 18
— de Bagnols	17
— de Roussillon	16
— de Grenache	15 à 16
— de Malaga	15 à 16
— de Lunel	13 à 14
— de Bourgogne	13
— de Champagne	12 à 13
— de Cahors	10 à 11
— de Bordeaux	8 à 11
— de Mâcon	8
CIDRE	5 à 6
BIÈRE forte	6
— de Strasbourg	4 à 5
— de Lille	3,5
— de Paris	3 à 4
SPIRITUEUX. — Eau-de-vie (Cognac)	45 à 60
Gin, Wisky	52
Rhum	54
Absinthe commune	40
— suisse	60 à 72

Spiritueux sucrés (liqueurs, ratafias, crèmes, élixirs, etc.). — Ces liquides sont divisés en quatre catégories d'après les proportions respectives d'alcool, de sucre et d'eau qu'elles renferment, les substances aromatiques n'entrant pas en ligne de compte.

	Alcool à 90°	Sucre et eau	Proportion par litre — Alc. à 90°	Alc. à 100°
Liqueurs ordinaires .	1 litre	2 200 gr.	30	27
— demi-fines .	1 —	2 500 —	33	30
— fines. . . .	1 —	1 150 —	46,5	42
— surfines . .	1 —	1 250 —	44,4	40

Les principales préparations pharmaceutiques renfermant de l'alcool sont les *teintures*, les *élixirs*, les *vins*

Teintures. — Les teintures alcooliques sont préparées avec l'alcool à 60, 80 et 90° centésimaux. Nous pouvons, au point de vue spécial auquel nous nous plaçons, les diviser en deux groupes :

1° Les teintures actives telles que celles de digitale, noix vomique, aconit, belladone qui sont administrées par gouttes et par conséquent n'introduisent dans l'économie qu'une quantité d'alcool insignifiante.

Même observation pour les teintures aromatiques, menthe, anis, etc., qui sont préparées avec l'alcool à 90°.

2° Les teintures qui sont administrées à doses assez élevées, une à plusieurs cuillerées par jour.

a. Les *teintures préparées avec l'alcool* à 60° parmi lesquelles nous citerons celles de *gentiane*, *coca*, *colombo*, *quassia*, *quinquina*, etc., qui sont administrées à la dose de 1 à 3 cuillerées à café par jour. La cuillerée à café contenant 5 grammes ; la quantité d'alcool absolu correspondante varie donc de 3 à 9 grammes.

b. Les *teintures préparées avec l'alcool* à 80°, parmi lesquelles nous mentionnerons celles de *boldo*, *cannelle*, *oranges amères*, etc., dont la dose varie de 1 à 3 cuillerées à café par jour, soit 5 à 15 grammes représentant 4 à 12 grammes d'alcool absolu.

Les *élixirs* constituent des médicaments à base d'alcool et d'eau, avec ou sans addition de sucre; ils sont administrés par cuillerées à café ou à potage suivant leur teneur en principes actifs. Les plus employés parmi ceux qui ne sont pas sucrés sont l'*élixir de Stoughton* ou *teinture d'absinthe composée* pré-

paré avec l'alcool à 60° : dose 1 à 3 cuillerées à café par jour représentant 3 à 9 grammes d'alcool : l'*élixir amer* ou *antiscrofuleux* de *Peyrilhe* ou *teinture de gentiane alcaline* préparé avec l'alcool à 60° : dose 5 à 10 grammes, soit 3 à 6 grammes d'alcool par vingt-quatre heures. L'*élixir parégorique* ou *teinture d'opium camphrée* est préparé avec l'alcool à 60° : 2 cuillerées à café ou 10 grammes, renfermant 0gr,05 d'extrait d'opium. La dose est de 1 à 3 cuillerées a café par jour soit 3 à 9 grammes d'alcool.

Parmi les élixirs sucrés, citons : l'*élixir de Garus* employé comme stomachique à la dose de 2 a 3 cuillerées à potage par jour. Il renferme 6 grammes d'alcool par cuillerée à potage. L'*élixir de pepsine* est moins alcoolique, il ne contient que 2gr,20 d'alcool par cuillerée à potage : 0gr,75 par cuillerée à café.

Enfin il existe un assez grand nombre de préparations pharmaceutiques dont nous pourrions citer des exemples qui sont désignées sous les noms d'*élixirs* de *liqueurs*, etc. ; ils renferment une proportion d'alcool encore inférieure à celle que nous venons d'indiquer, et cet alcool provient des teintures alcooliques qui entrent dans leur composition à doses peu élevées ; ces élixirs renferment une proportion d'alcool qui ne dépasse pas 1gr,20 à 1gr,80 par cuillerée à potage, soit 0gr,40 à 0gr,60 par cuillerée à café.

Vins médicinaux. — Les vins médicinaux renferment une quantité d'alcool moindre que les teintures ; mais comme ils sont employés à doses plus élevées, ils introduisent en réalité une assez forte proportion d'alcool dans l'économie.

Le Codex prescrit pour la préparation de vins médicinaux : 1° le vin *rouge* et le vin *blanc* de France renfermant environ 10 p. 100 d'alcool ; cette proportion étant insuffisante pour assurer la conservation du produit, on y ajoute une quantité déterminée d'alcool ; 2° le vin de Lunel renfermant environ 15 p. 100 d'alcool ; 3° le vin de Grenache titrant environ 15 p. 100 ; 4° les autres vins de liqueurs, en particulier le malaga dont nous avons plus haut indiqué la richesse alcoolique. Les principaux vins médicinaux sont les suivants :

Vin Chalybé, préparé avec le vin de Grenache à 15 p. 100. La dose moyenne est de 2 cuillerées à bouche par jour, soit 40 grammes, renfermant 6 grammes d'alcool.

Vin de gentiane. Ce vin est préparé avec le *vin rouge* à

10 p. 100 ; *additionné* à 60 grammes d'*alcool* à 60° par litre ; ce qui porte sa teneur à 13,6 p. 100. Ce vin est administré par verres à Bordeaux dont la contenance est de 50 centimètres cubes correspondant à 7 grammes d'alcool. La dose quotidienne étant de 2 verres à Bordeaux, le malade absorbera donc 14 grammes d'alcool. Le vin de gentiane *au malaga* renferme 15 p. 100 d'alcool ; soit 15 grammes pour deux verres à Bordeaux.

Vin de quinquina au *Bordeaux*. Il est préparé au *vin rouge* à 10 p. 100 additionné par litre de 100 grammes d'alcool à 60° ce qui porte sa richesse à 160 grammes d'alcool par litre soit 8 grammes par verre à Bordeaux et à 16 grammes pour deux verres, dose quotidienne habituelle.

Le vin de *quinquina au malaga* est à 15 p. 100 ; les deux verres à Bordeaux ne représentent donc que 15 grammes d'alcool. Les vins de *colombo*, de *coca*, etc., sont préparés avec du vin de Grenache à 15 p. 100 ; 1 verre à bordeaux renferme donc 7gr,50 d'alcool, ce qui correspond à 15 grammes pour la dose quotidienne.

Les renseignements qui précèdent nous permettent d'évaluer et de comparer les diverses quantités d'alcool introduites quotidiennement dans l'économie par l'ingestion des *boissons habituelles*, des *spiritueux* et des *médicaments*.

La quantité de vin absorbée en vingt-quatre heures par un adulte en bonne santé peut sans exagération être fixée à une bouteille ; soit 66 centilitres : ce vin présente en moyenne une richesse alcoolique de 10 p. 100, ce qui fait une quantité d'alcool absolu égale à 66 centimètres cubes. Pour faciliter les comparaisons, nous adopterons indifféremment comme unité le gramme ou le centimètre cube ; l'erreur sera tantôt dans un sens tantôt dans un autre, suivant qu'il s'agira de boissons et de spiritueux ou de préparations pharmaceutiques ; elle est du reste peu considérable et compensée par la moyenne peu élevée que nous adoptons de 66 centilitres de vin ingéré en vingt-quatre heures.

Nous indiquerons dans le tableau suivant à quel volume ou poids des diverses boissons, spiritueux ou médicaments correspond cette moyenne de 66 centilitres de vin.

Volume ou *poids des diverses boissons, spiritueux ou médicaments nécessaires pour représenter* 66 *centimètres cubes d'alcool à* 100° *contenus dans* 66 *centilitres de vin à* 10 *p.* 100.

Cidre.	1 lit. 250	
Bière forte	1 lit. 100	
— moyenne	1 lit. 500	
Eau-de-vie à 50 p. 100 . . .	132 gr. ou environ	5 verres à liqueur
Gin Wisky à 52 p. 100. . . .	127 — —	5 (conten. : 25 c. c.)
Rhum à 54 p. 100.	122 — —	5 —
Liqueurs ordinaires à 27 p. 100	244 — —	9 1/2 —
— demi-fines à 30 p. 100	220 — —	9 —
— fines à 42 p. 100 . .	157 — —	6 —
— surfines à 40 p. 100.	165 — —	6 1/2 —
Absinthe commune à 40 p. 100	165 — —	3 verres à Bordeaux (conten. : 50 c. c.)
Absinthe suisse, 60 à 72, moyenne 66 p. 100	100 — —	2 —
Teintures médicamenteuses avec alcool à 60°	110 —	ou 22 cuil. à café (poids : 5 gr.)
Teintures médicamenteuses avec alcool à 80°	82gr,50	ou 16 —
Elixirs Stougthon, Peyrilhe, parégorique, avec alc. à 60°.	110 —	ou 22 —
Elixirs de Garus, 6 gr. d'alcool par cuillerée à bouche.	220 —	ou 11 cuil. à soupe (poids : 20 gr.)
Elixir de pepsine, 2gr,20 d'alcool par cuillerée à soupe.	600 —	ou { 30 cuil. à soupe (poids : 20 gr.) / 100 cuil. à café (poids : 6 gr.) }
Elixirs médicamenteux divers, richesse moyenne : 1gr,50 par cuillerée à soupe ; 0gr,50 par cuillerée à café	880 —	ou { 44 cuil. à soupe (poids : 20 gr.) / 147 cuil. à café (poids : 6 gr.) }
Vin chalybé, alcool 15 p. 100	440 —	ou 22 cuillerées à soupe.
— de gentiane au Bordeaux, alcool : 13,6 p. 100. .	485 —	ou 9 verres 1/2 à Bordeaux (poids : 50 gr.)
— de gentiane au Malaga, alcool : 15 p. 100. . .	440 —	ou 9 v. à Bordeaux —
— de quinquina au Bordeaux, alcool : 16 p. 100	412 —	ou 8 — —
— de quinquina au Malaga, alcool : 15 p. 100 . . .	440 —	ou 9 — —
— de Colombo, Coca ou Grenache, alcool : 15 p. 100	440 —	ou 9 — —

Nous pouvons présenter ce tableau sous une autre forme.

UN INDIVIDU QUI ABSORBE PAR JOUR :	INGÈRE EN ALCOOL ABSOLU :
Une bouteille de 66 centil. de vin à 10 p. 100.	66 c. c.
— — de bière forte	40 —
— — — moyenne. . . .	23 à 33 —
Un verre à liqueur d'eau-de-vie à 50 p. 100	12gr,50
(conten. : 25 c. c.) de gin de Wisky à 52 p. 100. . . .	13
— de rhum à 54 p. 100.	13,50
— de liqueur ordinaire à 27 p. 100 . .	6,75
— — demi-fine à 30 p. 100. .	7,50

UN INDIVIDU QUI ABSORBE PAR JOUR :		INGÈRE EN ALCOOL ABSOLU :
Un verre à liqueur	de liqueur fine à 42 p. 100.	10,50
(conten. : 25 c. c.)	— surfine à 40 p. 100. . .	10
Un verre à Bordeaux	d'absinthe commune à 40 p. 100. .	20
(conten. : 50 c. c.)	— suisse à 66 p. 100. . .	33
—	de vin Chalybé à 15 p. 100. . . .	7,50
—	— gentiane rouge à 13,6 p. 100	6,80
—	— Bordeaux rouge à 16 p. 100	8
—	de gentiane, quina et malaga, à 15 p. 100.	7,50
Une cuillerée à potage	d'élixir de Garus.	6
(conten. : 15 c. c. ou poids : 20 gr.)	de pepsine.	2,20
Une cuillerée à café	de teintures alcooliques à 60 p. 100.	3
(conten. : 5 c. c. ou poids : 6 gr.)	— à 80 p. 100.	4
—	d'élixirs Stougthon, Peyrilhe, parégorique, etc., avec alcool à 60 p. 100	3
—	d'élixirs médicamenteux divers, moyenne.	0,50

En étudiant ces tableaux, il est facile d'évaluer la quantité d'alcool absorbée chaque jour par un adulte en bonne santé lorsqu'on connaît le régime alimentaire qu'il a adopté et voir ensuite dans quelle proportion le traitement médicamenteux peut accroître la proportion d'alcool ingéré. Voici un exemple de régime alimentaire qui n'a rien d'exagéré :

Une bouteille de vin pour les deux repas, soit.	66	gr. d'alcool.
— de bière entre les repas, soit. .	40	—
Un petit verre de cognac après le café, soit. .	12,50	—
Total.	118gr,50	

Cette quantité 118gr,50 d'alcool par jour est considérable par rapport à celle représentée par le traitement suivant :

Un verre à Bordeaux de vin de gentiane (rouge) avant chaque chaque repas (2 verres). . .	15	gr. d'alcool.
Une cuillerée à soupe d'élixir de pepsine après chaque repas (2 cuillerées à soupe ou 6 cuillerées à café).	4,40	—
Total.	19gr,40	

Cette quantité d'alcool 19gr,40 est très faible comparée à celle introduite par l'alimentation : elle se trouve encore réduite si l'élixir de pepsine est remplacé par d'autres préparations dont la teneur en alcool est plus pauvre, telles que celles de la dernière série. En résumé, si le médecin se trouve en présence d'un malade auquel il juge utile d'interdire l'alcool d'une façon

absolue ou simplement en modérer l'usage, il devra tout d'abord s'enquérir du mode d'alimentation habituel de ce malade et évaluer la proportion d'alcool qu'il absorbe de ce chef; il lui sera ensuite facile d'apprécier, en consultant le tableau que nous avons dressé, la quantité qui proviendra des préparations pharmaceutiques qu'il jugera utile de prescrire; cette quantité est toujours peu élevée et le plus souvent négligeable.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

I. Expertise médico-légale sur un cas de tentative d'homicide; par les Drs Verga Giov. Battista, vice-directeur du Manicome de Montbello et Mari Francesco, directeur de l'hôpital de Busto Cersizio. (*L'Anomalo*, novembre et décembre 1894, Gennaio 1895.)

Exposé des faits. — D... Roberto, vingt-trois ans, employé de bureau, désespéré de l'abandon de sa maîtresse, se rendit chez elle et lui tira deux coups de revolver. Elle ne fut pas atteinte, mais, de peur, elle perdit connaissance et tomba par terre. La scène se passait dans une auberge appartenant au père de la jeune fille, une ligne de chemin de fer passait à côté de l'auberge. Roberto, croyant avoir tué son amie, s'appliqua son revolver sur la tempe et par deux fois pressa la gâchette, mais l'arme ne partit pas. Il sortit alors en courant, s'engagea sur la voie du chemin de fer et se précipita sous un wagon d'un train en marche. Il eut dû être broyé, par un hasard extraordinaire, il se fit seulement deux blessures, dont une seule très grave au bras gauche.

Antécédents héréditaires et personnels de Roberto. — Dans la branche maternelle, déséquilibrés nombreux et deux aliénés véritables. Du côté paternel, ni aliéné, ni épileptique, mais le père est sourd et ivrogne.

Quant à Roberto, convulsions dans l'enfance, incontinence nocturne d'urine assez longtemps. D'un caractère expansif, très gai, très bruyant pendant l'enfance, il devint progressivement triste et mélancolique, s'isolant de ses camarades. En même temps irascible et très émotif.

Il présentait des particularités bizarres, il souffrait si l'on parlait un peu haut à côté de lui; c'est au point qu'il devait s'en aller si

on ne baissait pas le ton. Intelligent, il fut bon écolier et ensuite bon employé, sentiments moraux et altruistes bien développés. A vingt ans il devient l'amant d'une jeune fille de quinze ans, leurs relations durèrent trois ans, il voulait l'épouser, mais pendant une absence qu'il fit, sa maîtresse le trompa. Certain, à son retour, d'avoir été trahi, il voulut rompre dignement et sans bruit, mais le jour même il retournait chez son ancienne amie et la suppliait de renouer leurs relations. Celle-ci refusa et demeura inflexible. A partir de ce moment le malheureux Roberto ne vécut plus. Il errait dans sa demeure, sombre, les yeux hagards, ne mangeant pas, ne dormant pas.

Tel il fut pendant trois jours, ne confiant ses angoisses à personne. Le soir du troisième jour, il prit un revolver et se rendit chez sa maîtresse où eût lieu la scène que l'on sait.

Quand on le releva blessé, on le trouva très calme, il raconta avec un sang-froid extraordinaire qu'il venait de tuer sa maîtresse et qu'il avait ensuite cherché à se tuer lui-même. Porté à l'hôpital il ne manifesta aucune douleur pendant qu'on le pansait. On vint alors lui dire que sa maîtresse n'avait pas été atteinte et qu'elle était saine et sauve, à cette nouvelle il entra dans une violente crise d'agitation, criant, cherchant à se lever et demandant la mort. Le lendemain, comme il était plus calme, on lui amputa le bras. Les dix premiers jours qui suivirent l'opération, il demeura dans un état mélancolique bien caractérisé, puis il redevint normal. Guéri il ne conservait plus qu'un souvenir très confus de ses tentatives d'homicide et de suicide, il ne s'expliquait pas comment il avait pu commettre de tels actes. Il avait cependant écrit plusieurs lettres quelque temps avant la catastrophe, dans l'une il menaçait sa maîtresse de la tuer, dans l'autre adressée à ses parents, il écrivait : « J'ai l'esprit perdu... Dieu me pardonne... le mal que je vais faire est odieux, mais c'est plus fort que moi, il faut que je le fasse. »

Etat actuel de Roberto. — Homme robuste et bien constitué. Les auteurs donnent toutes ses mesures anthropométriques. Plusieurs signes de dégénérescence : bosses frontales très développées et très rapprochées. Asymétrie faciale très prononcée, ptosis à gauche, les pupilles réagissent inégalement à la lumière, l'ouïe est moins développée d'un côté que de l'autre, enfin le sujet rougit avec une facilité extrême. L'état mental est redevenu normal, mais on a vu plus haut qu'il présentait des caractères de dégénérescence en harmonie parfaite avec les stigmates physiques précités. — A partir de ce point, cet important et intéressant rapport médical prend la forme d'un plaidoyer en faveur de Roberto, mais d'un plaidoyer purement scientifique, étayé sur la psychologie plus encore que sur la clinique. Les auteurs, qui se proclament disciples de M. Ribot, font, du reste, de la psychologie positive. Roberto,

disent-ils, est un héréditaire vésanique, c'est un *mattoïde* porteur de signes physiques et psychiques de dégénérescence. Ainsi prédisposé il est précisément éprouvé par l'amour et la jalousie, deux des plus puissants facteurs étiologiques de la folie ; il devait succomber. Roberto devint aliéné à partir du moment où il sut que sa maîtresse le trahissait, on le voit en effet, dès ce moment, mélancolique, anxieux, il veut mourir, il est surexcité, il ne mange ni ne dort plus. Cet état va s'aggravant pendant trois jours et aboutit à la catastrophe finale. Chez lui, la douleur morale paralyse le pouvoir inhibiteur et laisse libres les impulsions morbides qui doivent mettre un terme à cette situation douloureuse et réellement insupportable. Et voilà que tout à coup se transforme la personnalité morale de cet homme, jusqu'alors doux et affectueux. Il est maintenant homicide et suicide, mais qui nierait que ce ne soit là de la vraie folie ? S'il eût été un véritable criminel, on trouverait dans ses antécédents des signes de criminalité latente, bien loin de là, tous ceux qui l'ont connu s'accordent pour faire de lui un garçon foncièrement honnête. Et puis, dans la perpétration de son acte a-t-il cherché à s'assurer l'impunité ? — Nullement, il ne s'est à aucun moment préoccupé des conséquences de son acte. Mieux encore, après avoir tiré sur sa maîtresse, il a cherché à se tuer lui-même. — Et à propos de ce suicide manqué, on sait maintenant que le plus souvent le suicide est le fait d'un cerveau dérangé. Une autre preuve de la folie de Roberto, c'est son attitude après la scène, il est calme, tranquille, et étonne par son sang-froid, son insensibilité physique aussi milite en faveur de la folie. Qu'on n'invoque pas la préméditation, ce serait puéril, nous savons tous, à notre époque, que les aliénés peuvent combiner leurs projets avec une habileté souvent remarquable. Il avait conscience de ce qu'il faisait, pourrait-on dire encore, mais la conscience ne détermine pas l'actuation, elle la suit « comme l'ombre suit le voyageur » (Ribot).

En somme donc, Roberto était aliéné à l'époque où il a commis les actes qu'on lui reproche et il est, par suite, complètement irresponsable. — Ces conclusions furent adoptées par le tribunal qui prit, à l'égard du prévenu, un arrêté de non-lieu, sentence qui fut ensuite confirmée par la cour d'appel devant laquelle le ministère public en avait rappelé. CAMUSET.

II. EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE SUR L'ÉTAT MENTAL DE V..., ACCUSÉ D'HOMICIDE. ÉQUIVALENT PSYCHIQUE DE L'HYSTÉRIE; DISNOÏA HYSTÉRIQUE; par le Dr RUGGERO TAMBRONI, directeur du manicome de Ferrare. (Ferraro, Tipografia dell' Eridano, 1895.)

Dans la soirée du 12 février 1895, un certain V... jeta d'un pont, dans le Reno, le jeune M... Le meurtrier, arrêté et mis en prison,

fut atteint d'un accès de folie aiguë. Il fallut l'envoyer au manicome de Ferrare, et le médecin directeur de cet établissement, le Dr Tambroni, fut chargé par le tribunal d'étudier son état mental. Le médecin expert devait tout particulièrement répondre aux questions suivantes : 1° Quelle est la maladie mentale dont V... semble avoir été subitement atteint ? — 2° V... était-il aliéné quand il jeta M... dans le Reno ? — Quel rapport y a-t-il entre l'état mental actuel de V... et son état mental au moment du meurtre? — V... enfin ne serait-il pas un simulateur ?

Nos confrères les aliénistes italiens ont coutume de donner de grands développements à leurs rapports médico-légaux, ils entrent dans tous les détails, exposent les théories médicales et philosophiques régnantes, les discutent, invoquent l'autorité des savants italiens et étrangers, si bien, que leurs rapports sont de véritables dissertations cliniques très intéressantes souvent. Je crois que cela est dû à l'influence de Lombroso et de ses élèves, on retrouve toujours dans ces études médico-légales les idées du chef de l'Ecole d'anthropologie criminelle. Le rapport du Dr Tombroni est un exemple de ces intéressantes études médico-psychologiques, je suis obligé de l'analyser très succintement, je vais m'efforcer cependant d'en faire ressortir tous les points importants.

V..., célibataire, vingt ans, est porteur d'une très lourde tare héréditaire.

Son père, à cause de ses excentricités, n'était appelé que *le fou*. Une grand'tante paternelle était idiote de naissance, on croit qu'elle mourut assassinée par son frère, grand-oncle de V... par conséquent, un aïeul paternel, mort au manicome de Bologne. Un frère enfin fut enfermé pendant huit mois au manicome de Ferrare. Cinq autres frères ou sœurs morts en bas âge. Quant à V..., il fut toujours irritable et instable, il changea plusieurs fois de métier, il passait avec la plus grande facilité de la joie à la tristesse, et réciproquement. Il était tantôt actif, exubérant, tantôt apathique et déprimé. Il eut la fièvre typhoïde et depuis resta sujet aux maux de tête. Il présentait des particularités bizarres, ainsi il avait horreur de monter sur des lieux élevés. Dès son enfance, il s'était livré à des actes excentriques ; fugues de la maison paternelle, sérénades données à des femmes, etc. Il était musicien et jouait de l'orgue avec passion. Enfin, comme son père, on l'avait surnommé *le fou*. A noter que dans les jours qui précédèrent le meurtre, il fut encore plus bizarre qu'à l'ordinaire.

Voici la relation de la scène du meurtre : V..., le 12 février, s'était rendu chez un certain villageois d'un hameau voisin au neveu duquel il donnait des leçons d'orgue, le jeune M... Lui et M... étaient deux amis, mais ce jour-là ils eurent une discussion au sujet d'une affaire d'orgues. V... aurait vendu un orgue appartenant à M... et il ne voulait pas lui en remettre le prix. Les deux

jeunes gens sortirent et passèrent la journée ensemble, mais M... ne cessa de tourmenter V... et de lui réclamer son argent. Pour rentrer ils s'engagèrent sur un pont qui traversait le Reno. A ce moment leur discussion avait dégénéré en querelle. V... obsédé donne à son ami l'ordre de se taire, celui-ci n'en fit rien, au contraire. V... en le reconduisant, avait pour but véritable d'aller voir sa maîtresse qui habitait le village de M... M... le savait et il savait aussi combien V... était amoureux de sa maîtresse Ernestine. Au lieu de se taire, il menaça V... d'aller dire à son Ernestine qu'il l'avait trompée avec une autre femme. Cette histoire était fausse, mais Ernestine très jalouse la croirait vraie et elle romprait avec V..., ce dernier en était certain. Aussi à cette menace devint-il tout à fait furieux, il se jeta sur son compagnon, le souleva et le jeta à l'eau. Après quoi il continua son chemin, alla chez Ernestine, se rendit ensuite chez d'autres personnes, fit même une affaire commerciale, car il vendit un orgue, enfin à 11 heures du soir, très gai, chantant il se mit en route pour rentrer chez lui.

Le surlendemain 14 février, il fit visite à des voisins, on remarqua qu'il était très gai, il dansait, il chantait, comme s'il eût été ivre. Les jours suivants il parut tranquille, il s'informait de ce qu'était devenu son ami M... Il alla un soir à un bal et s'y montra d'abord gai et expansif, mais à un moment donné il devint sombre et s'isola dans un coin. Interrogé sur la cause de cette brusque tristesse, il répondit que la disparition de son ami l'inquiétait beaucoup, puis il se remit à rire et à danser. Cependant il ne tarda pas à être soupçonné, et le 21 février, il fut arrêté et emprisonné malgré ses protestations d'innocence. Après quelques jours d'incarcération, il changea d'attitude et s'avoua coupable, il entra dans tous les détails du meurtre, disant que depuis la soirée du 12 il ne vivait plus et que ses aveux le soulageaient. M..., affirmait-il, par ses réclamations persistantes, « l'avait fait sortir de son bon sens ».

Vers la fin de mars, V... en prison devint tout à coup furieux, criant, se démenant et déchirant ses vêtements, refusant enfin toute nourriture. On dut l'envoyer au manicome. Voici son état à son arrivée : la face est pâle, l'air hagard, les yeux sont convulsés en haut, les pupilles dilatées, la tête est fortement étendue en arrière par le fait de la contraction des muscles de la nuque. Les muscles des membres sont très rigides et le malade immobile sur son lit ne réagit à aucune sorte d'excitation. Anesthésie et analgésie généralisées, les sens spéciaux sont, sinon abolis, du moins très diminués. Les réflexes tendineux sont exagérés, les réflexes pharyngiens et palpébraux abolis. Les mâchoires fortement serrées. V... n'a aucune conscience de ce qui se passe autour de lui, absorbé par des hallucinations de toutes sortes, il est par leur fait en proie à un délire bizarre et incohérent. Tantôt sa physionomie

exprime la haine, ses traits sont contractés, il fait de violents et inutiles efforts pour parler, il n'arrive qu'à émettre des sons inarticulés ou bien de véritables hurlements, à la fin il prononce le mot : *bourreau.* Peu après la scène change, sa physionomie se transforme, ses traits se détendent, sa mimique est celle d'un homme en extase devant un spectacle qui le charme, il se soulève radieux, envoie un baiser et se laisse retomber sur son lit. Alors nouveau changement, il prend l'aspect d'un homme terrifié par l'épouvante, il se débat et cherche à fuir. Cet état grave s'amenda petit à petit et finit, après un certain temps, par se dissiper complètement. L'accès aigu était fini, mais l'état mental restait très défectueux : erreurs de personnalité, idées de persécution à l'égard des parents d'Ernestine. Pour cette dernière il n'a que des paroles d'amour, ses sentiments pour elle relèvent d'un véritable érotisme morbide. Si l'on cherche à lui faire raconter l'histoire du meurtre, il se perd, confond les dates, oublie les faits les plus importants et insiste sur des détails souvent imaginaires, son récit n'est, en somme, qu'un mélange de faits réels et de divagations. Un élément précieux de diagnostic est une lettre qu'il écrivit du manicome. On y lit qu'il se sentait comme éveillé d'un long sommeil tout rempli d'hallucinations et d'idées délirantes, qu'il se trouvait dans un endroit qu'il n'avait jamais vu, qu'il ne savait ni comment, ni pourquoi il y était, qu'il ne connaissait personne, que tout lui semblait étrange. En réalité, il n'avait plus aucun jugement et il ne savait plus interpréter ses sensations, sous ce rapport un enfant était plus habile que lui. A la longue les perversions psychiques disparurent pourtant, et V... redevint tel ou à peu près qu'il était avant son accès de folie.

C'est à ce moment alors qu'il est redevenu calme et raisonnant que le Dr Tambroni relève toutes les particularités physiques et mentales qu'il présente, je les énumérerai seulement. Tous les organes sont sains et fonctionnent bien, sauf le système nerveux; on ne constate pas dans les urines l'inversion des proportions des phosphates. Crâne volumineux, face asymétrique, oreilles sessiles, palais ogival et asymétrique, etc. Motilité normale, réflexes tendineux exagérés, réflexes palpébraux et pharyngien abolis. Toutes les variétés de la sensibilité générale sont affaiblies, les sens spécieux ont une acuité inférieure à la normale, achromatopsie, rétrécissement du champ visuel. Pour les particularités psychiques : l'attention est difficile à fixer et peu soutenue, l'idéation est lente, le jugement incomplet ou erroné, la mémoire très affaiblie. Les sentiments affectifs sont au contraire très vifs. Il est enfin très sensible à la suggestion.

D'après tout ce qui précède il est facile de conclure à l'état mental véritable de V... Nous trouvons en effet un jeune homme fortement héréditaire présentant tous les stigmates somatiques et psychiques de la dégénérescence. En plus, l'ensemble des symptômes

observés chez lui indique d'une façon certaine l'hystérie. V... est un dégénéré hystérique et il a le caractère des hystériques. — L'accès de folie dont il a été atteint est, on l'a vu par la description clinique qui en est donnée ci-dessus, un accès de *confusion mentale hallucinatoire*. L'auteur préférerait le dénommer accès de *disnoïa*. — Quant au meurtre du 12 février, non seulement V... ne l'a pas prémédité, mais il n'avait pas son libre arbitre quand il l'a commis. Tout le démontre, le passé de l'accusé aussi bien que le peu de gravité de la provocation. De quelle espèce de maladie mentale V... était-il donc atteint à ce moment. — V... n'était évidemment atteint, ni de manie, ni de melancolie, ni de paranoïa, il a simplement agi sous l'influence d'une impulsion éclose subitement dans son cerveau déséquilibré. Il a agi en épileptique ou en hystérique. L'épilepsie doit être écartée puisqu'il n'a jamais présenté de manifestation de cette affection, son acte est donc dû à l'hystérie. Chez lui, les centres supérieurs, inhibiteurs, n'ont pu ni juger, ni arrêter l'impulsion instinctive et l'actuation s'est effectuée à la façon d'un réflexe simple, sans contrôle. C'est en résumé là un fait d'*hystérie morale non convulsive*. V..., son meurtre accompli, a cherché à égarer les soupçons, il a affecté l'indifférence et même la gaîté. Ce n'est pas chose rare dans l'hystérie, après les scènes les plus dramatiques, les hystériques redeviennent brusquement calmes et raisonnants. Il était très naturel à V... de chercher à cacher son acte homicide, mais après quelques jours de prison il l'a avoué spontanément, sans tâcher de s'excuser, sans inventer, par exemple, une provocation grave de la part de V..., comme n'eût pas manqué de le faire un vulgaire malfaiteur. Et le Dr Tambroni termine en donnant, comme conclusion à son rapport, les réponses suivantes aux questions posées par le tribunal : 1° La maladie mentale dont V... fut atteint à la prison est une psychose de nature hystérique, caractérisée par les symptômes de la confusion mentale hallucinatoire ; 2° Au moment du meurtre V... était dans un état particulier de perversion de sa personnalité, véritable hystérie mentale, qui lui enlevait la liberté de ses actes ; 3° L'état mental actuel de V..., son état mental au moment du meurtre ne sont que deux manifestations différentes d'une même entité pathologique, l'hystérie ; 4° L'accès d'aliénation présenté par V... n'avait rien de simulé. Ces conclusions furent admises par le tribunal. CAMUSET.

III. LES MANIFESTATIONS DES FOULES PENDANT LE COURS DE L'ANNÉE 1893 ; par M. G. ZUCCARELLI. (L'*Anomalo*, 1894-1895.)

Les manifestations des foules sont du domaine de l'anthropologie criminelle et elles doivent, par conséquent, être étudiées dans l'*Anomalo* qui est un journal d'anthropologie criminelle, de psychiatrie et de médecine légale.

Dans le cours de 1893, on a pu observer trois manifestations importantes de foules en délire pour ainsi dire. Ainsi, on vit à Bitonto une foule criminelle, à Naples une foule mystique et à Trani ainsi qu'à Corato une foule enthousiaste. A Bitonto, la foule fit brûler un officier des finances trop zélé qui voulait s'opposer au libre exercice d'une fête religieuse très populaire. Un certain jour, à Naples, on accourut de tous côtés pour voir la madone, qui par une illusion d'optique semblait se refléter sur les vitres de l'hôpital des Pèlerins. A Trani et à Corato enfin, une foule immense acclama et porta aux nues les démocrates Cavalotti et Imbriani. — Eh bien, on peut dire que de ces trois foules, la première était surtout atavique, la seconde sceptique et la troisième fervente et clairvoyante à la fois. On retrouve cependant au fond de ces manifestations d'essences différentes des caractères communs, ainsi ce besoin et cette espérance du bonheur qui se rattachent au sentiment égoïste de conservation, lequel est la base de la vie psychique, aussi bien de l'homme individuel que de l'agglomération humaine. Dans les trois cas, c'est la force de la solidarité collective qui entre en jeu, c'est-à-dire la suggestion et l'imitation. Enfin, il faut reconnaître que dans ces circonstances diverses, les foules sont toujours imprégnées d'un peu de mysticisme.

Ces phénomènes présentés par la foule sont très complexes, on peut cependant, de nos jours, en étudier les principaux facteurs. La foule de Bitonto était particulièrement atavique a avancé l'auteur, et il le prouve. Les masses populaires vivent surtout, dit-il, par les sentiments, les émotions, et non par le raisonnement froid et logique. Or, à Bitonto la foule se trouve irritée par le fait d'une opposition violente au libre exercice d'une cérémonie consacrée par la tradition et qu'elle regarde comme une chose excellente par elle-même. Elle perd de suite la force directrice, naturellement bien faible d'ailleurs, qu'elle possède sur ses déterminations, force directrice que la raison acquise met physiologiquement en jeu. Il en résulte qu'elle n'obéit plus qu'à ses instincts les plus bas, les instincts primitifs de l'humanité. C'est en somme l'atavisme qui règne et qui se résout par les actes les plus violents. Pendant ces états transitoires ou tout au moins d'affaiblissement considérable, de l'activité modératrice (mémoire, réflexion, délibération), la suggestion criminelle trouve un terrain des plus propices. La volonté d'un seul alors, qu'il soit criminel-né ou criminel d'occasion, pourvu qu'elle soit formulée d'une façon brève et énergique, suffit pour entraîner la volonté de tous. Et c'est ainsi que pour cette foule en délire, l'incendie, le meurtre, le bûcher enflammé... deviennent l'œuvre vertigineuse d'un instant.

La seconde foule était surtout sceptique. — A notre époque, le véritable sentiment religieux est chose bien rare et la croyance en Dieu devient de plus en plus languissante. La croyance aux mira-

cles, elle, persiste davantage, mais elle n'est qu'une notion traditionnelle ou mieux seulement une simple reviviscence atavique. A Naples, la foule accourait pour voir l'apparition de la Madone, c'est surtout la conséquence de la curiosité naturelle à la nation italienne. Tout ce qui est mystérieux, fantastique, intéresse la foule, et puis elle obéissait sans s'en rendre compte, au besoin d'entretenir, de caresser cette espérance de bonheur qui réside au cœur de tous les hommes, à ce besoin aussi de se réconforter en commun au milieu de la vie. Mais qu'il y a loin de là à ces actes d'énergie et de sacrifice, à ces actes héroïques quoique parfois d'une cruauté extrême que leur foi profonde inspirait aux hommes du moyen âge. L'intervention de la science aurait bien vite fait voir à cette foule sceptique au fond que le phénomène mystérieux qui l'attirait n'était en réalité qu'un simple phénomène d'optique. Et les prêtres l'ont bien compris, ils ont senti que le terrain n'était pas assez solide pour construire dessus et ils n'ont même pas cherché à exploiter le soi-disant miracle.

A Trani et à Corato la foule a été particulièrement fervente et clairvoyante, on ne peut le nier. Son enthousiasme pour deux démocrates est la preuve, non pas d'un sentiment vague et aveugle mais bien d'un sentiment profond et éclairé par la conscience. Les masses populaires ont prouvé, en effet, qu'elles avaient l'idée précise des besoins naturels de l'homme ainsi que de son activité créatrice. Elles ont démontré qu'elles possédaient la claire conception de ce que devrait être la justice humaine et qu'elles avaient la notion scientifique de la vertu et du vice, du mérite et du démérite, de la responsabilité de chacun à l'égard de tous, ainsi que de la responsabilité de la collectivité entière à l'égard de chaque individu, la notion de la pitié et de la prévoyance pour les faibles. La foule enfin, a fait voir que selon elle, la vraie gloire était pour les hommes qui se consacrent à la recherche et à la défense du bien général. Ces hommes sont, en effet, les *vrais saints* des temps modernes. — Cette foule enthousiaste est certainement plus avancée dans l'évolution que les foules des temps passés. Mieux que ses devancières elle comprend la justice qu'elle espère. Il ne lui faut plus le Dieu ancien, le Dieu terrible et vengeur, elle ne demande qu'un Dieu de bonté et de justice, c'est la science qui le lui donnera. CAMUSET.

IV. LES ALIÉNÉS CRIMINELS A L'ÉTRANGER ; par le Dr RIGGS.

L'auteur étudie avant tout le fonctionnement des asiles de Broadmoor et de Perth, en Angleterre, car en Europe c'est l'Angleterre qui a créé les premiers asiles pour les aliénés criminels. L'asile de Broadmoor, situé dans le comté de Berkshire, à une trentaine de milles de Londres, contient 640 malades soit 481 hommes et

159 femmes. — L'auteur a été frappé du grand nombre de femmes ayant commis un infanticide sous l'influence de la folie puerpérale et a été étonné de voir considérer ces malades comme aussi dangereuses envers la société que celles qui s'étaient rendues coupables d'homicide ordinaire. Depuis trente ans qu'il est ouvert, l'asile de Broadmoor, a reçu 1,997 malades.

L'asile de Perth, pour les aliénés criminels, est une dépendance de la Prison générale. Le nombre des malades n'y est que de 55, soit 40 hommes et 15 femmes.

Alors que les épileptiques et les paralytiques généraux fournissent un contingent élevé aux asiles ordinaires, ils sont rares ici. —En effet, il n'y a que deux épileptiques, et depuis treize ans que cet asile est fondé il ne s'y est rencontré que quatre cas de paralysie générale. Les deux principales critiques formulées par l'auteur contre les asiles d'aliénés criminels anglais sont : 1° L'extrême rigueur montrée à l'égard des femmes ayant tué leur enfant dans un accès de manie puerpérale; en effet, si ces malheureuses n'avaient personne pour s'occuper de leur sort après leur guérison, elles risqueraient fort de rester à l'asile toute leur vie.

2° La seconde critique est qu'en somme, le système, tel qu'il est appliqué, ne sépare pas d'une façon permanente l'aliéné criminel de l'aliéné ordinaire: en effet, à l'expiration du temps de sa condamnation, l'aliéné criminel cesse d'être considéré comme tel et est évacué sur l'asile du district dans lequel son crime a été commis. En plus de ces deux asiles anglais, l'auteur a visité le quartier spécial de Bicêtre dont l'aspect prison l'a frappé, et le quartier spécial de Gaillon. Il n'a pu avoir de renseignements sur les trois asiles pour aliénés criminels dont la création vient d'être décidée en Italie. Il n'y a pas d'autre asile d'aliénés criminels en Europe. (*American journal of insanity*, oct. 1895.) E. B.

V. Exhibitionniste condamné par les tribunaux ; par le Dr A. Vigouroux.

Bel exemple d'impulsion irrésistible qui montre, contrairement au dire de quelques auteurs, que les exhibitions peuvent avoir lieu souvent en plein jour et par devant témoins. Ce cas intéressant prouve aussi combien le code pénal est impuissant à réprimer les actes d'immoralité de cette nature. Malgré ses cinq condamnations antérieures, le malade en question continuera, dès l'expiration de sa peine, à être un danger pour la morale publique. Et de fait, l'auteur, depuis la rédaction de cette observation, a appris que E... sorti de prison le 14 janvier 1895, a recommencé à exhiber le 3 février. Il a été arrêté de nouveau. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1896.) E. B.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

I. DES IDÉES IMPÉRATIVES ; discussion de l'article de Hack Tuke paru sous ce titre dans le *Brain* en 1894. (*Brain*, été et automne 1895.)

M. HUGLING-JACKSON a vu de nombreux cas d'obsessions semblables aux « idées impératives » de Hack Tuke. Il les croit souvent dues à la fixation des fantaisies du rêve par une altération morbide légère survenue ou aggravée dans le cerveau pendant le sommeil. Elles sont compatibles avec un état mental sain et ne diffèrent des idées normales que par le degré. Il n'admet dans ce cas ni état mental négatif, ni état mental positif isolé. L'état mental négatif absolu n'existe que dans la démence complète et le coma.

M. SAVAGE n'approuve pas le terme d' « idées impératives », chez beaucoup de sujets elles ne sont nullement impulsives et n'ont aucune influence sur les actes; elles comportent presque toujours une prédisposition héréditaire, mais sont provoquées par une cause occasionnelle, choc ou série de chocs moraux, chagrins, soucis, surmenage. Suit une riche collection de cas d'obsessions et de phobies. Il y a dans ces cas une combinaison de troubles fonctionnels organiques et de réactions mentales anormales; celles-ci sont les équivalents psychiques de ceux-là.

M. MERCIER a constaté souvent déjà qu'un désordre grave de l'esprit peut exister chez un individu nullement aliéné. Le germe de cet état pathologique existe toujours dans la vie normale sous la forme des petites obsessions anodines qui surviennent dans des circonstances déterminées (occupations manuelles) où l'attention est incomplètement absorbée. Entre ces faits normaux et les états pathologiques les plus intenses; il y a tous les degrés. L'auteur esquisse une théorie physiologique de l'obsession basée sur les rapports mutuels des centres supérieurs et moyens.

M. MILNE-BROMWEL fait de la question un historique détaillé et richement documenté, montrant qu'à l'étranger et en France surtout elle a été anciennement et complètement étudiée; il relate de nombreuses guérisons par l'hypnotisme, et tout en reconnaissant la valeur étiologique de l'hérédité, il proteste contre l'usage immodéré du mot *dégénéré*. « L'abus actuel de ce terme laisse croire qu'il désigne tous ceux qui ne sont pas conformes à quelque

type sauvage primitif possédant un système nerveux imparfaitement développé [1]. » F. BOISSIER.

II. SUR LA SYPHILIS DU SYSTÈME NERVEUX; par J. MICKLE. (*Brain*, printemps, été et automne 1895.)

Ce long mémoire est une revue générale complète de la question. L'auteur examine d'abord les formes étendues : pour la paralysie générale il expose et discute toutes les statistiques et toutes les opinions ce qui avec ses données personnelles le range avec ceux qui en font une affection parasyphilitique. Il étudie ensuite les méningites cérébro-spinales par infiltration gommeuse diffuse ; les accidents nerveux rapides des véroles séniles; les altérations mentales dues à l'intoxication par les produits du virus syphilitique; les céphalées, les insomnies de la syphilis cranienne et intracranienne. Un chapitre spécial traite de l'hérédo-syphilis, de ses formes spinale et cérébrale, des hémiplégies graves après traumatismes anodins, de la paralysie générale infantile. La seconde partie est consacrée aux myélopathies par lésions vertébrales, par syphilomes des enveloppes ou de la moelle elle-même; aux méningites spinales; aux lésions radiculaires, aux méningomyélites, au ramollissement de la moelle, aux phénomènes tabétiformes. Enfin un long chapitre résume les discussions et statistiques du tabes, affection parasyphilitique, les arthropathies ataxiques sont rapprochées des arthrites syphilitiques tertiaires. Viennent enfin une étude très complète avec discussion des épilepsies syphilitiques et hérédo-syphilitiques et des névralgies syphilitiques. Ce mémoire est surtout un travail de critique très richement documenté, et accompagné de nombreux faits et idées personnels. F. BOISSIER.

III. CRANIOTOMIE DANS LA MICROCÉPHALIE; par F. MARRON Y ALONZO. (*Siglo medico*, janvier 1895.)

Malgré les statistiques pessimistes et un insuccès persistant, l'auteur est convaincu que la craniotomie est appelée à rendre des services. 125 opérations ont été publiées avant la sienne : sur les 85 exposées par M. Bourneville et faites en France, il y a eu 13 décès. Sur les 33 faites aux Etats-Unis jusqu'en 1893, il y a eu 14 décès. En somme 20 p. 100 de décès; de nombreux résultats nuls, et un minime pourcentage d'améliorations. Il n'y a pourtant pas lieu d'en désespérer tout à fait; il faut arriver à pouvoir choisir les cas opérables. Il y a des microcéphalies très diverses comme étiologie et comme forme anatomique; et parmi les différentes caté-

[1] M. Hack Tuke étant mort depuis la publication de cet article, la discussion se trouve close.

gories, deux surtout sont importantes au point de vue opératoire : 1° celles où un cerveau frappé d'arrêt de développement est primitivement petit et conséquemment recouvert d'un petit crâne, ici l'opération est superflue; 2° celles où il s'est produit une ossification prématurée des sutures sur un cerveau capable d'un certain développement. Ici l'intervention est plausible au moins dans certaines conditions en modifiant les procédés et dispositions opératoires selon les situations individuelles. Pour certains cas une intervention mal dirigée peut laisser une compression fibreuse tout aussi nuisible que celle qu'on a voulu faire cesser. Enfin il ne faut pas perdre de vue que les idiots généralement mal développés, malingres et doués d'un mauvais état général sont aussi mal disposés que possible à résister au *shock* et autres accidents chirurgicaux. Il faut parer à ces inconvénients. 1° La craniotomie ne doit s'adresser qu'à des enfants aussi vigoureux et bien nourris que possible et avec l'autorisation formelle ou sur la demande des parents; 2° ne pas opérer les deux côtés dans la même séance, afin de gagner du temps et de diminuer les chances du choc; 3° ne pas opérer sous sa seule responsabilité, et ne pas promettre aux parents une amélioration assurée; 4° opérer de préférence les cas accompagnés d'attaques épileptiformes, de contractures, rigidité ou parésies.

Le point essentiel serait de pouvoir choisir les microcéphales par ossification prématurée primitive, et sans lésions profondes de l'encéphale. Il faudra pour cela arriver à perfectionner les moyens de diagnostic, ce qui n'est pas impossible. En résumé, la craniotomie est encore *sub judice* et n'a pas dit son dernier mot.

H. C..., enfant de neuf mois, grands parents tous vivants et bien portants, parents sains (issus de germains), une sœur du père idiote, deux cousins épileptiques, un frère aîné du malade robuste et intelligent. Accouchement normal et pas de fontanelles à la naissance; peu d'accroissement de la tête pendant ces neuf mois, développement du corps régulier. A trois mois première crise épileptiforme, attaques très fréquentes depuis lors, jusqu'à 20 par jour; l'intervalle sans crises le plus long a été de dix-neuf jours. Aspect hébété, l'enfant ne reconnaît pas sa mère, n'articule pas un son, ne peut se tenir sur son séant; regard stupide; pas de parésie ni de strabisme. Diagnostic : idiotie par ossification prématurée; les parents demandent une opération, celle-ci paraît applicable au moins à l'élément convulsif qu'elle peut amender, et peut-être dans une petite mesure au développement intellectuel. Le 4 août 1894, avec l'asepsie la plus rigoureuse, la craniotomie linéaire fut pratiquée du côté droit (plus déprimé que le gauche). Malheureusement un accident grave de chloroforme interrompit l'opération, l'enfant fut à grand'peine rappelé à la vie, et il fallut l'anesthésier de nouveau à l'éther. Une bande osseuse de trois pouces anglais et

demi de long sur un quart de pouce de large fut enlevée avec le forceps rongeur de Keen parallèlement à la suture sagittale. Mais l'incident chirurgical avait mis l'enfant dans de mauvaises conditions; il mourut trente heures après. L'auteur déplore ce contretemps persuadé que le cas était de ceux que l'on doit opérer.

F. BOISSIER.

IV. DE L'IMPULSION : SA DÉFINITION, SES FORMES ET SA VALEUR PSYCHOLOGIQUE; par le Dr BOURDIN.

L'auteur accepte, en la modifiant un peu, la définition de M. Magnan : « L'impulsion est un mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est impuissante à empêcher. » L'impulsion se présente sous divers aspects, qui constituent autant de variétés :

1° Impulsion consciente qui, elle-même, se divise en plusieurs modalités : *a*) l'impulsion est précédée de l'idée de l'acte à accomplir sous forme d'obsession, nette, consciente, de suffisamment longue durée, et laissant au sujet le temps d'apercevoir les conséquences de l'acte qu'il va fatalement exécuter. Dans cette forme, l'impulsion, à proprement parler, se trouve être l'intermédiaire entre l'obsession et l'acte ; c'est, en quelque sorte, la décharge motrice. Cette forme d'impulsion se rencontre chez les dégénérés supérieurs de Magnan, les hystériques; *b*) l'idée qui précède l'acte est moins nette et se trouve fournie par une émotion violente de l'âme, une passion atteignant d'emblée son paroxysme chez un sujet prédisposé et le déterminant à des actes extrêmes. Cette forme, qui constitue ce qu'on a appelé la folie morale, la folie des actes, se rencontre chez les dégénérés, chez les hystériques ; *c*) dans une dernière forme, l'idée antérieure est presque nulle, tant elle est brève et fugace, fournie par une association plus ou moins étrange d'idées, et avant que le jugement ait pu intervenir, l'acte est accompli. Cette forme se rencontre chez les dégénérés, les hystériques, les débiles, les semi-imbéciles ;

2° Impulsion inconsciente. Ce genre d'impulsions se rencontre surtout chez les épileptiques : ce qui est inconscient, c'est l'idée causale, qui n'est pas toujours immédiatement antérieure à l'acte, mais souvent bien plus ancienne et impossible à retrouver dans les antécédents du malade. L'ictus épileptique, inconnu dans son essence, a pour effet de supprimer le souvenir du fait accompli. Mais on conçoit qu'il n'est pas possible d'affirmer que la conscience n'a pas existé au moment précis de l'exécution de l'acte : l'auteur croit même que la volonté est intervenue également, si minime qu'ait été son rôle, et s'appuie, pour soutenir cette idée, sur les caractères mêmes de l'acte de l'épileptique, qui n'est jamais illogique, quelque odieux qu'il soit, et qui n'est que trop en accord avec le

caractère agressif et méchant que l'épileptique manifeste en dehors même des accès.

L'impulsion inconsciente ne se rencontre pas seulement chez les épileptiques, mais aussi chez les hypnotisés : dans ce cas, l'ictus, au lieu d'être spontané comme chez les épileptiques, est provoqué et l'idée causale est suggérée par un esprit étranger au moi;

3° A la suite de ces deux formes d'impulsion vraie, s'en placent d'autres moins nettes, moins bien différenciées, qui rentrent dans le cadre de ce que l'auteur a appelé les fausses impulsions, celles qui sont la conséquence logique d'un faux raisonnement, fût-ce un raisonnement d'aliéné. Il en existe plusieurs variétés : *a*) l'acte s'explique par une hallucination antécédente, comme cela se voit chez la plupart des aliénés, certains intoxiqués et hystériques; *b*) l'acte est dû à une conception délirante, comme chez certains aliénés, persécutés persécuteurs non hallucinés, certains hystériques; *c*) le désordre des idées a entraîné le désordre des actes, comme dans l'excitation maniaque, la paralysie générale au début, l'hystérie; *d*) l'impulsion s'explique par une faiblesse intense, congénitale ou acquise, de l'idéation en même temps que de la volition : c'est ce qu'on voit chez l'enfant, l'imbécile, l'idiot, les déments de toutes variétés;

4° Enfin l'hystérie forme un type mixte où se rencontrent tantôt des impulsions vraies de toutes formes, conscientes ou inconscientes, tantôt de fausses impulsions dues à une hallucination antérieure, ou au désordre des actes, ou encore à la faiblesse de l'idéation (caprices, associations puériles des idées). (*Annales médico-psychologiques*, avril 1896.) E. B.

V. NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES TROUBLES GASTRIQUES DE L'ÉPILEPSIE ET DE L'HÉRÉDITÉ MORBIDE PROGRESSIVE; par M. FÉRÉ. (*Journ. de Neurologie*, 1896, n° 6.)

Les troubles de l'appareil digestif ne sont pas seulement des agents provocateurs de l'épilepsie, ils figurent aussi quelquefois parmi les manifestations paroxystiques de cette névrose; en d'autres termes, les crises gastralgiques, entéralgiques, les coliques, etc., peuvent suppléer les accès convulsifs. A l'appui de cette assertion, M. Féré rapporte l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, sujette à des absences qui, depuis deux ans, éprouve une fois par mois des crises caractérisées par une douleur brusque que la malade compare à celle que pourrait produire un nœud coulant en fil de fer serré brusquement : elle se sent coupée en deux instantanément; elle est étonnée par le choc et reste ensuite abasourdie quelques minutes.

Les crises douloureuses ne laissent après elles aucun trouble, quelquefois seulement un peu de diarrhée; dans leurs inte rvalle

les fonctions gastro-intestinales s'accomplissent régulièrement, sauf un peu de constipation.

Les premières crises n'ont frappé la malade que par la douleur, mais bientôt elle a remarqué que le choc était précédé par un phénomène constant : un flux de salive lui remplit la bouche immédiatement avant la constriction.

Depuis un an environ sont survenues des secousses dans les membres inférieurs, secousses qui se manifestent en séries tous les deux ou trois mois. Cette malade a présenté en outre, à deux reprises, un véritable accès convulsif avec chute, cri, perte de connaissance et écume buccale. Pas de stigmates d'hystérie.

La brusquerie et l'instantanéité des douleurs ventrales, la coïncidence des vertiges et de crises convulsives prouvent bien la nature épileptique des accidents présentés par cette jeune fille.

Ajoutons que sa grand'mère migraineuse a eu des paralysies locales transitoires et que sa mère est également atteinte de migraine ophtalmique avec troubles paralytiques et convulsifs. Chez la petite fille, les incidents ont présenté d'emblée le caractère épileptique. L'hérédité est progressive. G. Deny.

VI. Psychoses de la vieillesse (observation de délire raisonnant de persécution chez une femme âgée de soixante-treize ans); par le Dr Régis.

Dans son remarquable mémoire au Congrès de Bordeaux sur les psychoses de la vieillesse, M. Ritti a mis en lumière les caractères du délire systématisé classique chez le vieillard, de la psychose progressive à éclosion tardive. L'intéressante observation publiée par l'auteur apporte une contribution nouvelle à l'étude des psychoses de la vieillesse en établissant la possibilité chez le vieillard d'une forme de délire de persécution, non encore signalée à cet âge.

Il s'agit d'un cas de délire systématisé de persécution raisonnant, des dégénérés ou des persécutés persécuteurs, avec ses caractères typiques (vraisemblance, logique et fixité d'emblée du délire, absence d'hallucinations, tendances persécutrices et processives, etc.) chez une femme de soixante-treize ans, jusque-là indemne de tout accident vésanique. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1896.)

E. B.

VII. Revue des signes de dégénérescence et des méthodes destinées à les enregistrer; par le Dr A. Meyer.

La valeur pratique de nos connaissances actuelles sur les signes de dégénérescence a été peut-être exagérée par ceux qui croient avoir trouvé dans ces signes de dégénérescence une phrénologie

scientifique. Il est probable que, pour longtemps encore, l'étude des capacités mentales bénéficiera plus de l'examen des manifestations psychiques que de celui des formes physiques de l'individu; aussi voyons-nous l'étude des prétendus signes de dégénérescence n'être pas d'une importance pratique pour l'aliéniste.

Il n'en est pas moins vrai que le médecin doit se faire une idée personnelle sur la question s'il veut tenir un rôle d'expert, s'il veut examiner sciemment un problème qui devient de plus en plus important, à savoir la question du mariage pour ceux qui sont affligés de signes de dégénérescence. Certes tous les points de ce problème sont encore à l'heure actuelle purement théoriques, mais pourquoi? uniquement parce que nous n'avons pas de connaissances suffisantes sur les faits qui servent de base à l'influence de l'hérédité, sur les lois de sa naissance et de son développement.

Que l'aliéniste, chaque jour en présence de l'énigme de la dégénérescence héréditaire, trouve plus que quiconque, dans cette étude, un intérêt profond, cela ne fait pas de doute; mais plus que tout autre aussi, de même que le criminologiste, il a besoin de se garder sévèrement contre des conclusions prématurées.

Pour faciliter l'étude des signes de dégénérescence et la comparaison des résultats obtenus, l'auteur expose en détail la méthode systématique nécessaire pour la recherche complète de ces signes.

Les stigmates sont divisés en trois groupes :

1° Déviations morphologiques du type normal comprenant les déviations des proportions générales du corps, les asymétries et les formes particulières de différentes parties;

2° Les déviations fonctionnelles du type normal comprenant les innervations anormales ou les irrégularités du développement;

3° Les stigmates purement psychiques.

Cette énumération complète des stigmates de dégénérescence et des méthodes destinées à les enregistrer est accompagnée des schémas explicatifs. (*American journal of insanity*, janv. 1896.)

E. B.

VIII. Contributions a l'étiologie et a la pathologie générales de la folie; par le Dr Ales Hrdlicka.

I. *Relations étiologiques entre la tuberculose et la folie.* — Les statistiques de l'auteur montrent qu'il existe des formes de tuberculose héréditaire ou autre chez 40 à 50 p. 100 des aliénés et chez 55 à 60 p. 100 des aliénées. La tuberculose joue donc, par rapport à la folie, un rôle étiologique dont il faut tenir compte.

II. *Troubles de l'odorat dans la folie.* — Les troubles de l'olfaction ont peu attiré l'attention des cliniciens; ils sont cependant notables car, sur 400 malades examinés à cet égard, l'auteur a trouvé 30

p. 100 des malades chez lesquels existait une anosmie plus ou moins complète; cette anosmie a été observée, la plupart du temps, dans les cas les plus récents et les plus légers d'aliénation. Dans la folie de nature épileptique, l'anosmie fut trouvée complète dans 57 à 72 p. 100 des cas.

III. *Réflexes dans la folie.* — L'auteur a examiné les réflexes rotuliens et les réflexes de l'iris (accommodation à la lumière et à la distance). Ces derniers sont bien moins souvent modifiés que les réflexes rotuliens, lesquels sont exagérés fréquemment.

IV. *Achromatopsie.* — Alors que Noyes, dans son traité sur les maladies des yeux, trouve 5 cas pour 100 d'achromatopsie chez les hommes et 2 pour 100 chez les femmes, l'auteur sur 400 malades examinés, n'a rencontré de l'achromatopsie que chez deux hommes et une femme, et encore ces trois cas étaient incomplets. (*American journal of insanity*, janvier 1896.) E. B.

IX. Un cas de folie morale; par le Dr Gorton.

Histoire clinique intéressante d'un cas type de folie morale. — A propos de ce cas, l'auteur remarque que l'appellation de « folie morale » est impropre, en ce sens que le mot « moral » paraît mettre en avant des perversions dans la sphère génitale, perversions qui ne font pas toujours partie intégrante de la folie morale. La folie morale étant une des affections mentales qui mettent le plus en contact médecins et magistrats, il y aurait intérêt à trouver pour elle une appellation qui ne prête à aucune confusion. (*American journal of insanity*, octobre 1895.) E. B.

X. Délire chronique et alcoolisme aigu; par le Dr Eastman.

Cas intéressant dont les conclusions sont les suivantes : 1° l'alcoolisme aigu peut se greffer sur le délire chronique et la totalité des symptômes peut être mise par erreur sur l'alcoolisme aigu simple; 2° dans un pareil cas, la guérison de l'alcoolisme aigu peut diminuer l'intensité du délire chronique, mais ce dernier ne guérit pas; 3° un tel malade peut être assez pénétrant pour tirer parti du diagnostic du médecin et cacher son délire chronique. (*American journal of insanity*, octobre 1895.) E. B.

XI. Troubles moteurs dans la folie; par le Dr Richardson.

L'auteur attire l'attention sur les connexions intimes qui existent généralement dans la folie entre les fonctions motrices et les activités purement intellectuelles de l'écorce. Les diverses modalités de l'activité fonctionnelle de l'écorce forment un tout harmonieux et

la perversion du « moi », dans la folie, est l'indice d'une perturbation générale de l'écorce. Et si, parfois, les signes d'altération corticale paraissent se limiter à certaines zones intellectuelles, il ne faut pas trop se presser d'établir des limites dans l'influence que ce désordre peut avoir sur les autres modes d'activité corticale; cette délimitation est presque impossible en raison de l'unité, de l'indivisibilité de l'énergie corticale. Les éléments moteurs sont constitués par des cellules de forme spéciale, mais ces cellules ne sont pas limitées dans des zones spéciales de l'écorce. Aussi les différents modes de l'activité corticale paraissent-ils être dus bien plus à des cellules de formes différentes, répandues dans les diverses couches de l'écorce plutôt qu'à la distribution de ces cellules dans des zones spéciales de la surface corticale. (*American journal of insanity*, octobre 1895.) E. B.

XII. Relations de l'alcoolisme et de la folie; par le Dr Bannister.

Les conclusions de l'auteur sur le rôle de l'alcool dans la production de la folie sont les suivantes : 1° les excès d'alcool produisent la folie; 2° ces excès sont la cause directe d'au moins 10 à 12 p. 100 des cas d'aliénation mentale, et la cause indirecte de beaucoup d'autres cas qu'on ne rapporte pas à une influence alcoolique; 3° « boire modérément » est un terme indéfini qui explique la difficulté d'utiliser les statistiques sur les effets de l'usage modéré de l'alcool dans la production de la folie.

Il n'y a, cependant, aucune raison de croire qu'un usage modéré de l'alcool doive conduire à un trouble mental un individu normal et même, à priori, la physiologie semblerait faire présumer le contraire. Quant aux victimes d'une tare héréditaire ou névropathique, il n'y a aucun doute que l'usage modéré de l'alcool n'ait chez elles des effets désastreux. (*American journal of insanity*, janvier 1896.)

E. B.

XIII. De la prophylaxie de la tuberculose dans les asiles d'aliénés; par Mercklin. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. LII, fasc. 4.)

On s'occupe beaucoup en Allemagne de la prophylaxie de la tuberculose dans les asiles d'aliénés. Au congrès des médecins aliénistes allemands de Weimar (1891), Botel a fait un rapport sur la question concluant à ce que les mesures recommandées par Cornet et Heller contre la propagation de la tuberculose fussent appliquées dans les asiles : séparation des tuberculeux des autres malades durant la nuit; désinfection des crachats, du linge, des meubles, des locaux; examen soigneux des maladies; instructions spéciales données au personnel.

La question a été également mise à l'étude au congrès de Ha-

novre (1892). Wulff, à propos de la contagion de la tuberculose dans les asiles d'idiots, a recommandé d'examiner fréquemment les malades afin de pouvoir les isoler à temps.

Le préfet de police de Berlin a adressé aux établissements d'aliénés privés une note sur les mesures prophylactiques à prendre contre la tuberculose : isolement, crachoirs spéciaux, désinfection, etc. Une circulaire ministérielle du 5 février 1892 ordonne aux directeurs des asiles d'aliénés de prendre des mesures contre la contagion de la tuberculose; tous les malades doivent être fréquemment examinés à ce point de vue, au moins une fois par an.

L'auteur a étudié la question dans un asile neuf, bien aménagé au point de vue hygiénique. Le nombre des décès par tuberculose a été de 20,37 p. 100 en 1892, de 24,24 p. 100 en 1893 et de 24 en 1894.

La question des mesures à prendre contre les ravages que cause la tuberculose dans les asiles est complexe. L'isolement complet des tuberculeux peut avoir, pour certains, de fâcheux résultats au point de vue de leur état mental. D'autre part peut-on se contenter d'isoler les tuberculeux qui gardent le lit, et pour ceux qui sont levés de les faire coucher dans un dortoir spécial en les laissant en contact avec les autres malades dans la journée ? Il est certains quartiers où les tuberculeux ne devraient jamais être admis, par exemple le pavillon de traitement qui renferme une grande proportion de malades curables, où l'attention du personnel est occupée par les soins à donner aux sujets atteints de psychoses aiguës, où se trouvent des aliénés affaiblis, qui refusent les aliments et qui, par suite, sont plus exposés que d'autres à contracter la tuberculose. Dans les asiles qui ne possèdent pas de pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses on sera contraint de faire aménager une station pour les tuberculeux dans le quartier des infirmes.

L'examen fréquemment renouvelé des aliénés au point de vue de la tuberculose est une mesure bonne en théorie peut-être, mais qui ne donne guère de résultats en pratique. Le contrôle des variations de poids des malades peut fournir d'utiles indications.

L'éducation du personnel a aussi besoin d'être faite pour permettre de dépister la tuberculose. Comme crachoirs, les meilleurs sont des crachoirs en verre de 5 kilogrammes, solides, faciles à nettoyer, lourds. L'auteur conclut en demandant que les aliénés atteints de tuberculose soient séparés des autres malades même pendant le jour. Là où la chose ne sera pas réalisable, il faut au moins que les tuberculeux ne séjournent pas au milieu des malades curables dans les quartiers de traitement.

P. Sérieux.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ALLEMANDS TENU A HAMBOURG LES 13 ET 14 SEPTEMBRE 1895.

Séance du 13 septembre.

M. Siemens. *Sur la question de la réforme du régime des aliénés en Allemagne et plus particulièrement en Prusse.* — L'auteur insiste sur les conditions défectueuses dans lesquelles se trouvent les nombreux aliénés traités dans des établissements dirigés par des ecclésiastiques. L'attention des médecins a depuis longtemps été attirée sur cette question sans que des réformes sérieuses aient été apportées à des errements déplorables. Les scandales qui se sont produits récemment à l'asile d'Aix-la-Chapelle ont de nouveau ému l'opinion publique. Dans cet établissement qui a une population de plusieurs centaines d'aliénés et d'épileptiques, il n'existe pas de médecin résident et le traitement est en réalité dirigé par des religieux propriétaires de l'asile. Les médecins attachés soi-disant à l'établissement n'y viennent faire qu'une courte visite et n'ont aucune autorité. Il en est de même dans la plupart des établissements dirigés par des pasteurs : asiles d'idiots, d'épileptiques ou d'aliénés. Wildermuth et Schlisp ont, il y a plusieurs années, montré que les malades de ces asiles, même des plus considérables d'entre eux, n'avaient que des soins médicaux fort insuffisants. Dans un asile de plusieurs centaines de malades, les aliénés n'étaient l'objet d'aucun traitement sérieux, le médecin ne venant même pas quotidiennement faire sa visite. Dans un autre établissement dirigé par un ecclésiastique et dont la population est de 187 malades, le service médical est confié à un médecin praticien qui touche un traitement de 300 marks.

Il serait nécessaire que tous les médecins aient des notions de psychiatrie ; et pour cela il faudrait que l'enseignement clinique des maladies mentales devînt obligatoire et que la psychiatrie fît partie du programme des examens. Une autre réforme consistait à augmenter le nombre des infirmeries des asiles, à améliorer leur situation, à rendre leur service moins pénible. Il conviendrait aussi de séparer les malades curables des incurables en construi-

sant pour ces derniers des établissements spéciaux dont le prix de revient pourrait être moins élevé que celui des asiles de traitement; le prix de journée pourrait y être également notablement réduit. Pour ce qui concerne les aliénés criminels, le mieux serait de créer des établissements régionaux qui leur seraient réservés. En leur absence il convient de construire des annexes aux établissements de correction et aux dépôts de mendicité de façon à épargner aux aliénés des asiles le contact pénible de vagabonds et de délinquants qui modifient d'une façon fâcheuse la physionomie d'un établissement et empêchent de mettre en pratique l'open-door. Ce n'est pas tout que d'augmenter le nombre du personnel de surveillance, il est encore indispensable d'augmenter le nombre des médecins si l'on veut traiter les malades.

Au point de vue de la réforme de la législation des aliénés, l'auteur se félicite de voir que dans les projets qui ont été proposés on n'a pas cherché à mettre des obstacles à l'entrée des aliénés dans les asiles. On a, par contre, insisté sur l'augmentation des mesures de surveillance et de contrôle des asiles d'aliénés. Cette extension du droit de contrôle de l'autorité devra se manifester dans les conditions imposées à ceux qui voudront ouvrir un asile privé. On devrait exiger du médecin responsable des garanties au point de vue de sa compétence spéciale et n'accorder en son absence aucune autorisation, fût-ce à un ecclésiastique, à une société de bienfaisance, etc. Le médecin responsable doit avoir une instruction solide au point de vue de la médecine mentale, avoir été pendant plusieurs années assistant dans un asile. Il ne peut être remplacé que par un médecin présentant les mêmes garanties et dont le gouvernement doit avoir le droit d'agréer ou de refuser la nomination.

Ce n'est pas seulement dans les asiles privés qui reçoivent des malades incurables, mais encore dans les hospices d'incurables que le médecin doit être tenu à la résidence. Au-dessus de 100 malades on doit exiger un médecin à demeure. Si le nombre des malades augmente, des assistants deviennent nécessaires. On a admis un nouveau mode de contrôle que l'on réclamait depuis longtemps, la visite de commissions de surveillance qui doivent inspecter l'établissement une fois par an, avec l'assistance du médecin d'arrondissement (Kreisphysicus, médecin fonctionnaire). Les aliénés traités dans des familles étrangères doivent être également surveillés. La visite régulière des asiles privés par le *Kreisphysicus* offrirait des garanties sérieuses pour les malades et pour les établissements eux-mêmes, si ces médecins avaient des notions plus étendues en psychiatrie. On a demandé que l'examen de *Kreisphysicus* porte entre autres sur des questions de médecine mentale et que les candidats aient fait un stage dans un asile. On devrait enfin créer, à la direction des affaires médicales du ministère des

cultes, un bureau où seraient centralisées toutes les affaires concernant l'existence des aliénés. Ce bureau devrait être dirigé par un homme compétant. Les asiles publics doivent, eux aussi, être inspectés, afin de donner satisfaction à l'opinion publique.

M. Zinn, après avoir rappelé les attaques récentes dont les asiles d'aliénés et les médecins aliénistes, ont été l'objet à la suite des faits scandaleux qui se sont passés à l'établissement d'Aix-la-Chapelle, lit un rapport sur les réformes qu'il y a lieu d'apporter dans le régime des aliénés. Il commence par déclarer que la situation des aliénés en Allemagne ne craint pas la comparaison avec celle qui est faite à ces malades dans les autres pays. Il rappelle l'appréciation portée sur les asiles d'aliénés allemands par un éminent aliéniste anglais, G. A. Tucker qui, il y a une dizaine d'années, a consacré trois ans à visiter les asiles étrangers et en particulier les asiles allemands, et a pu prendre ainsi une connaissance très approfondie de l'installation de ces établissements et de toute l'organisation de l'assistance des aliénés en Allemagne. Dans son grand travail paru en 1887, *Lunacy in many Land* (p. 698), M. Tucker arrive aux mêmes conclusions que Beard qui a visité en 1880 les asiles de l'Europe : « Pour ce qui est, dit Tucker, des méthodes de surveillance, des soins et du traitement des aliénés dans les établissements publics ou privés, la Grande-Bretagne l'emporte sur tous les autres pays d'Europe. Après la Grande-Bretagne vient l'Almagne, qui, sur ce point, a fait des progrès tellement rapides, qu'elle ne tardera pas à égaler la Grande-Bretagne. Après l'Allemagne vient la France... » Depuis l'époque à laquelle écrivait M. Tucker, les progrès réalisés dans l'assistance des aliénés ont été considérables : on a créé de nouveaux asiles, on a organisé l'assistance familiale, on a fondé des sociétés de patronage, etc., etc.

Les réformes véritablement utiles que demande l'assistance des aliénés sont tout autres que celles dont l'opinion publique se préoccupe. Le plus grand nombre des asiles allemands sont encombrés de malades; pour quelques-uns d'entre eux l'encombrement est devenu une véritable calamité. Quand un asile voit sa population augmenter au delà des limites fixées par sa superficie, par l'aménagement des bâtiments, des services généraux, etc., un grand nombre d'inconvénients se produisent, comme le prouve l'expérience de tous les jours. Les malades tranquilles s'agitent, la guérison des sujets curables est compromise et souvent même rendue impossible. L'encombrement d'un asile d'aliénés offre en outre des dangers sérieux pour les malades, les médecins et le personnel de surveillance. Comme l'a très justement dit M. Ludwig, « l'encombrement, quand il dépasse certaines limites, n'est pas autre chose qu'une succession de mauvais traitements, de jour et de nuit, pour les aliénés, aussi bien au point de vue de leur état psychique qu'au point de vue de leur état mental. C'est en réalité tromper l'espoir

et la confiance des malades et de leur famille, c'est anéantir le zèle et l'ardeur au travail du médecin, dont les efforts deviennent vains; c'est un moyen sûr de décourager les bons infirmiers, de les pousser à négliger leur service, et, d'autre part, de fournir des excuses aux brutalités des mauvais serviteurs ». En réalité, un asile encombré d'une façon permanente est, en dépit du « traitement libre » et de tous les progrès de ces trente dernières années, presque analogue aux renfermeries de fous du commencement du siècle [1].

Au point de vue des aliénés criminels on attend encore une solution qui donne satisfaction aux vœux des aliénistes. Actuellement nous devons garder dans nos asiles, au moins en Prusse, un grand nombre de criminels d'habitude ou *criminels instinctifs* devenus aliénés. On a bien fondé une section d'aliénés comme annexe à la prison de Moabit; mais ce quartier spécial d'*observation* réserve aux détenus soupçonnés de folie n'a pas d'autre résultat que d'augmenter le nombre des aliénés criminels que l'on envoie dans nos asiles. Il faut protester, dans l'intérêt des malades contre la présence des aliénés criminels au milieu de ceux-ci.

Au point de vue de l'utilité qu'il y aurait à exiger des médecins des notions de psychiatrie, on est généralement d'accord. On devrait exiger des candidats un stage de six mois dans un asile, faire entrer la psychiatrie dans le programme des matières des examens. Il serait utile aussi d'exiger des médecins qui veulent entrer au service de l'Etat comme *Kreisphysicus* d'avoir rempli les fonctions d'assistant dans un asile d'aliénés. La chose est d'ailleurs exigée en Saxe, dans le Wurtemberg et le duché de Bade. L'auteur termine en insistant sur la nécessité de détruire les préjugés qui règnent encore dans l'opinion publique sur l'assistance des aliénés. Il faut faire l'éducation du public et lui donner, en toute occasion, des notions exactes sur les maladies mentales et leur traitement.

Le président propose au congrès les conclusions suivantes qui sont adoptées à l'unanimité :

I. — Le Congrès des médecins aliénistes allemands déclare de nouveau considérer comme un devoir impérieux pour l'Etat et les autorités provinciales, de poursuivre l'exécution complète des réformes du régime des aliénés réclamées au Congrès de Frankfort, à l'unanimité. Les conclusions votées à ce congrès étaient ainsi conçues :

Les asiles d'aliénés (curables ou incurables), d'épileptiques, d'idiots qui ne sont pas soumis à la direction d'un médecin respon-

[1] Les critiques formulées par l'auteur sont applicables dans toute leur sévérité à la plupart des services des asiles d'aliénés de la Seine.
P. S.

sable ne donnent pas satisfaction aux exigences de la science, de l'expérience et de l'humanité.

Les malades incurables ont besoin de soins comme les curables.

Il est donc du devoir des autorités d'hospitaliser et de traiter dans des établissements soumis à une direction médicale, les aliénés, les idiots et les épileptiques.

Tous les établissements de ce genre appartenant à des particuliers ou à des congrégations religieuses doivent être dirigés par un médecin responsable et être soumis à la surveillance des autorités. Les médecins ayant des connaissances théoriques et pratiques en psychiatrie, ils devront être agréés par l'Etat.

L'Etat a le devoir de donner aux étudiants en médecine, dans de meilleures conditions qu'actuellement, une instruction théorique et pratique. La psychiatrie doit faire partie du programme des examens, et un stage d'un semestre dans une clinique des maladies mentales doit être exigé des candidats (Comptes rendus du Congrès de 1893).

A ces conclusions de 1893, le Congrès de 1895 ajoute les suivantes :

II. — L'examen pour les fonctions de médecin-fonctionnaire (Kreisphysicus) doit comprendre une épreuve de psychiatrie. L'examinateur doit être un médecin aliéniste.

III. — L'encombrement excessif de nombre d'asiles allemands et en particulier des asiles prussiens est une source d'inconvénients graves et de dangers pour les malades, les médecins et le personnel de surveillance. Il est urgent d'aviser afin de parer à ces dangers.

IV. — La présence d'aliénés criminels (criminels devenus aliénés) dans les asiles est nuisible aux autres malades : elle rend difficile le « traitement libre », et constitue un danger pour la sécurité publique en raison des facilités d'évasion.

V. — Il y a lieu de créer au ministère une division spéciale du « service des aliénés », ayant à sa tête un aliéniste secondé par d'autres médecins aliénistes.

MM. Grashey et Ludwig sont désignés pour faire un rapport sur la question du personnel de surveillance, pour le prochain Congrès.

M. Cramer. *Signification du phénomène du genou en psychiatrie, au point de vue du diagnostic et du pronostic.* — L'auteur a recueilli de nombreux documents sur cette question dans divers asiles. Après avoir rappelé brièvement l'historique du phénomène du genou, résume l'état actuel de nos connaissances sur la nature et la signification de ce signe, et décrit les procédés qui doivent être employés pour le rechercher. Cramer étudie les formes diverses d'aliénation mentale dans lesquelles il a rencontré le phénomène du

genou ; ses observations sont au nombre de 2,384. Il formule ainsi ses conclusions :

1° Parmi tous les aliénés, il n'y a que les paralytiques généraux chez lesquels on trouve des modifications caractéristiques du signe du genou, dans des proportions déterminées ;

2° Parmi les sujets non paralytiques, c'est dans les psychoses à processus actif que l'on trouve, en proportion relativement faible, des modifications du phénomène du genou. Le plus souvent le réflexe est exagéré ;

3° L'absence du réflexe du genou chez un aliéné, doit, si l'on a éliminé l'alcoolisme, l'épuisement consécutif aux états d'agitation, et les lésions graves du système nerveux, éveiller le soupçon de paralysie générale. C'est donc en général un signe dont le pronostic est mauvais ;

4° La perte du signe du genou dans la convalescence de la manie, dans la manie chronique, dans le cours des formes aiguës de la paranoïa (amentia, confusion aiguë, délire hallucinatoire aigu, folie aiguë, etc.) et dans les psychoses alcooliques, n'a de signification fâcheuse au point de vue du pronostic que si elle s'ajoute à des symptômes de collapsus ;

5° L'exagération du phénomène du genou n'a de signification défavorable pour le pronostic que lorsqu'elle accompagne l'idiotie, l'affaiblissement intellectuel, la paralysie des pupilles et autres symptômes de la paralysie générale ;

6° L'exagération du réflexe rotulien n'a d'importance au point de vue du diagnostic que dans des cas exceptionnels ;

7° L'exagération du réflexe rotulien peut, par exemple, associée à d'autres signes, servir à différencier la manie d'états analogues faisant partie du groupe des paranoïas aiguës ;

8° Au cours de la paranoïa chronique, l'exagération du réflexe rotulien peut faire redouter, quand elle accompagne d'autres symptômes, un épisode aigu, une nouvelle exacerbation ;

9° La neurasthénie paraît s'accompagner toujours de l'exagération des réflexes ;

10° Les cas de paralysie générale dans lesquels on observe le signe de Westphall, paraissent évoluer plus lentement, affecter de préférence une forme dépressive et se compliquer plus rarement d'accès d'agitation ;

11° La perte du réflexe du genou, après une attaque épileptique, permet d'éliminer la simulation. Il n'en est pas de même de l'exagération du réflexe.

Discussion. — M. Koppen fait quelques remarques à propos de l'emploi du procédé de Jeudrassik pour la recherche du phénomène du genou. Ce procédé n'agit pas en augmentant l'excitabilité des centres nerveux ; il agit, au contraire, directement sur le qua-

driceps, comme on peut s'en convaincre en plaçant la main sur ce muscle; la tonicité du quadriceps est augmentée. Le tonus, artificiellement exalté, du muscle extenseur de la cuisse que déterminent les contractions des muscles fléchisseurs des doigts et des mains, facilite la production du réflexe patellaire. D'autre part, l'exagération du tonus peut mettre obstacle à la production de ce réflexe, qui ne peut ainsi se manifester qu'à la faveur d'une tonicité déterminée du quadriceps. La perte du réflexe à l'état physiologique, doit vraisemblablement être attribuée à des états passagers de contracture musculaire. L'absence du réflexe du genou dans la manie chronique, la paranoïa, la mélancolie, n'est qu'un phénomène passager, à moins qu'il ne faille en voir la cause dans une tendance à la contracture qui a été méconnue. Quand le réflexe patellaire manque d'une façon permanente, il faut penser à une lésion organique des cordons postérieurs ou des nerfs qui sont en rapport avec ces faisceaux. M. Koppen émet des doutes, en raison des considérations qui précèdent, sur les chiffres traduisant la fréquence de l'absence du réflexe du genou dans les psychoses fonctionnelles.

M. Smith fait observer que, grâce à l'appareil de Sommer, on peut éliminer toute cause d'erreur subjective dans l'appréciation du phénomène du genou. Smith fait usage, depuis un an, de cet appareil, qui enregistre avec précision toutes les particularités du phénomène. Il est convaincu que toutes les recherches sur les réflexes qui sont faites sans cet appareil, n'ont pas de valeur au point de vue scientifique; on constate en effet, en s'en servant, que le réflexe existe en réalité alors qu'il paraît faire défaut et, d'autre part, qu'il est normal, alors qu'il paraît exagéré. Smith conseille donc à tous ceux qui veulent faire des recherches sur le phénomène du genou cet appareil très simple qui peut en outre servir pour d'autres recherches, par exemple la détermination de la courbe que trace le membre inférieur dans le mouvement de pendule. Il considère cette détermination comme très importante pour le diagnostic et le pronostic. (Présentation de courbes.)

M. Tuczek attire l'attention sur les conséquences pratiques de ce fait, à savoir que l'intensité du phénomène du genou varie avec certaines conditions physiologiques antérieures. Après une longue marche, le phénomène du genou est habituellement exagéré; de sorte que lorsqu'on examine pour la première fois des malades nouvellement admis qui ont fait un long trajét à pied pour venir à l'asile, on observe souvent une exagération des réflexes. Pour apprécier à sa juste valeur la signification de ce signe, il convient donc de ne pas tenir compte seulement de la qualité de ce phénomène, mais de sa constance; un examen fréquemment renouvelé est indispensable.

M. Mendel est surpris du nombre considérable d'observations dans lesquelles l'auteur de la communication a noté l'absence du réflexe patellaire. Depuis qu'on connaît ce signe, il l'a recherché chez chacun des aliénés qu'il a examinés. Dans le cours de ces vingt années, il n'a pas rencontré un seul cas de psychose fonctionnelle dans lequel faisait défaut le réflexe du genou. Il va sans dire qu'on a éliminé les cas compliqués de diabète, d'alcoolisme, de morphinisme, etc.

Dans un cas seulement, observé avec Westphall, il y avait absence du phénomène du genou. C'était un cas de manie simple, récent. Le malade guérit et put reprendre ses fonctions de professeur à la satisfaction de tous. Deux ans après il revenait à l'asile paralytique général.

Souvent il m'est arrivé de mettre en évidence le réflexe du genou dans des cas où des confrères avaient noté l'absence de ce réflexe.

Pour ce qui concerne la démence sénile, on sait que le réflexe patellaire peut disparaître à un âge avancé; mais il n'est pas démontré qu'il s'agisse là d'un trouble fonctionnel, puisqu'on connaît la fréquence de la « névrite dégénérative » chez les vieillards.

M. Moeli remarque l'absence du signe de Westphall dans les cas de psychoses séniles rassemblés par l'auteur. Sur 21 malades qu'il observe actuellement et qui présentent le signe de Westphall sans qu'on puisse l'attribuer ni au tabes ni à la paralysie générale, il reste, après élimination des alcooliques et des sujets atteints de névrites, un certain nombre de patients qui présentent le signe en question d'une façon permanente. Parmi eux se trouvent six déments séniles, sans que l'on puisse nier pour tous la possibilité d'une paralysie générale tardive. On ne peut attribuer le signe de Westphall chez ces sujets à aucune altération anatomique connue, en raison de l'absence d'autres symptômes. L'examen microscopique, dans trois de ces cas, a bien décelé quelques particularités : épaississement des méninges, augmentation du tissu de soutènement avec diminution du nombre des vaisseaux dans les cordons postérieurs. Mais ces lésions sont banales chez les vieillards et, chez les sujets en question, elles n'étaient pas très prononcées. Les modifications dans l'aspect des cellules ganglionnaires, particulièrement dans les cornes antérieures étaient peu accentuées.

En résumé, il faut convenir que le signe de Westphall peut exister sans lésions bien prononcées.

M. Neisser. — Dans toutes les recherches qui portent sur l'état des réflexes, il faut tenir compte, si l'on veut avoir des résultats précis, de l'état de la tonicité musculaire au moment de l'examen. D'après les documents qui nous ont été présentés, l'absence du réflexe patellaire paraît un signe des plus importants en faveur de la para-

lysie générale; au contraire, la valeur de l'exagération de ce phénomène pour le diagnostic de cette même affection, paraît insignifiante. C'est du moins l'opinion qui a paru prévaloir quand M. Sommer a parlé de la signification du signe de Westphall. Sans doute il est de la plus haute importance, en raison de l'absence fréquente du phénomène du genou dans la paralysie générale, de mettre en lumière la valeur de ce signe. Mais il ne faut pas vouloir diminuer la signification, au point de vue du diagnostic, de l'exagération du phénomène du genou, sous prétexte que ce signe peut se rencontrer assez fréquemment chez des sujets non paralytiques. Il faut tenir compte des conditions spéciales dans lesquelles se manifeste l'exagération du réflexe du genou. En résumé, chez un malade qui n'est pas profondément épuisé, une exagération notable du phénomène du genou peut servir au diagnostic de la paralysie générale. Il importe seulement de s'assurer de l'état de relâchement complet des muscles.

M. Moeli insiste sur ce fait que dans les cas qu'il a observés, l'absence des réflexes n'était pas liée à la paralysie générale.

M. Jolly fait remarquer qu'un certain nombre des opinions contradictoires qui ont été émises peuvent être expliquées si l'on tient compte que les recherches des auteurs ont porté tantôt sur des malades au cours même de leur accès, tantôt sur des sujets en voie d'amélioration ou guéris. Il est fréquent d'observer des modifications passagères dans l'état des réflexes, qui sont dues à des modifications du tonus.

M. Cramer est d'accord avec M. Koppen et M. Tuczek sur la nécessité d'examiner à différentes reprises l'état des réflexes chez un même sujet. Il répond à M. Smith qu'il connaît l'appareil de Sommer et ses avantages, mais qu'il lui était difficile de s'en servir, étant donné qu'un grand nombre d'aliénés ne se seraient pas prêtés aisément à des recherches exécutées à l'aide de cet appareil.

Après la séance, les membres du Congrès visitent l'hôpital d'Eppendorf.

Séance du 14 septembre.

Le Congrès se réunit à l'asile de Friedrichsberg. A l'ouverture de la séance, M. Reye, médecin en chef, souhaite la bienvenue à l'assemblée et fait un court historique du développement de l'établissement.

M. Koppen. *La folie des quérulants au point de vue nosologique et médico-légal.* — L'auteur insiste sur l'importance pratique qu'il y a pour les médecins aliénistes à échanger leurs vues sur la question du délire des quérulants et signale, parmi les travaux récemment parus sur ce point, le livre de M. Hitzig.

Les reproches du public qui, par suite d'une confusion due au mot de « querulantenwahnsinn » (folie des réclamations), s'imagine que le diagnostic de maladie mentale repose essentiellement sur les nombreuses réclamations de ces sujets; ces reproches ne sont pas fondés : aucun spécialiste n'a considéré le fait de « réclamer » comme une maladie mentale; celle-ci a été diagnostiquée en se basant sur l'existence d'autres symptômes pathologiques. Cependant, en raison de la confusion que le mot en question éveille dans l'esprit du public, il y aurait lieu de ne pas s'en servir devant les tribunaux, ainsi qu'on l'a déjà fait d'ailleurs. Tous les cas de délire des quérulants ne doivent pas être rangés dans la paranoïa. D'autres malades aussi peuvent persécuter les autorités, fatiguer les tribunaux, échafauder des idées délirantes d'une façon assez logique, et conserver leur activité malgré la longue durée de la maladie. Au point de vue étiologique certains cas doivent une empreinte spéciale au traumatisme, à la sénilité, à l'alcoolisme. Il faut donc ranger certains cas de délire des persécuteurs dans la paranoïa, d'autres dans la folie des dégénérés, dans l'imbécillité, d'autres encore dans l'alcoolisme ou dans la folie traumatique. Mais en raison des classifications diverses des maladies mentales on pourra toujours employer le mot de folie des quérulants comme dénomination d'ensemble pour un groupe de faits d'ailleurs non identiques entre eux au point de vue clinique.

M. Koppen insiste sur quelques symptômes particuliers au point de vue de leur signification médico-légale comme preuve d'une maladie mentale. Tels sont le nombre des mémoires, la conduite des malades, l'aspect de ses manuscrits. Mais la démonstration ne peut venir que de la mise en évidence d'autres troubles pathologiques, et avant tout de conceptions délirantes. Le médecin doit montrer comment le malade est arrivé à créer ses idées délirantes et indiquer ce qui différencie celles-ci de la réalité. Il verra ainsi que les faux souvenirs, les exagérations innombrables, la reproduction infidèle des faits jouent un grand rôle. Souvent les faits sont dénaturés d'une façon extraordinaire; souvent aussi les connaissances si étendues des questions de droit qu'on a attribuées à ces maladies se réduisent à une connaissance superficielle des numéros des paragraphes, des pages, alliée à une compréhension tout à fait fausse du contenu. L'intelligence des malades est d'ailleurs fréquemment affaible. Ils ont tout au plus une certaine facilité de langage quand ils parlent du sujet qui leur tient à cœur, mais avec cela ils sont incapables de s'en tenir à la question en cause; leurs preuves consistent dans une pure logomachie et non dans une argumentation basée sur des faits. Ajoutons, comme il a été dit plus haut, qu'il y a souvent une certaine débilité mentale. Une question difficile à résoudre est de savoir s'il y a des « quérulants » sains d'esprit. Michel Kohlhaas, personnage historique, peut être rangé parmi ces der-

niers; il signait ses manifestes du titre de « Représentant du Christ ». Pour l'aliéniste qui connaît les tares héréditaires des quérulants, ces sujets seront toujours marqués d'une empreinte psychopathologique, mais cette empreinte psychopathologique ne peut tenir lieu de preuve démonstrative devant les tribunaux.

La folie des quérulants est susceptible de rémissions; peut-être même peut-on voir des améliorations et aussi des guérisons. La rétrocession passagère des manifestations maladives, surtout sous l'influence du repos à l'asile, doit être présente à l'esprit de l'expert qui a sous les yeux un rapport fait au moment où la psychose était dans sa plus grande activité.

Discussion : M. MENDEL. — Des considérations de l'orateur précédent il résulte qu'une série de psychoses différentes peuvent présenter ce symptôme, l' « obsession des réclamations ». Je suis parfaitement d'accord avec lui sur ce point. Mais il faudrait tirer de ces constatations cette conclusion à savoir qu'il n'y a pas de maladie mentale spéciale, caractérisée par la manie des réclamations. Il n'y a pas plus de « folie des quérulants » qu'il n'y a une kleptomanie, une pyromanie, etc. Abandonnons donc un mot qui ne prête qu'à des confusions. Dans les cas où l'on voit la manie des réclamations constituer le symptôme prédominant, il ne faut pour justifier son diagnostic s'appuyer sur le fait des réclamations. Il faut montrer que le malade est un *aliéné*, est atteint d'une affection mentale, et qu'un des symptômes de cette affection est la manie des réclamations — et non pas chercher à prouver qu'il y a maladie mentale en invoquant le fait des réclamations.

M. BRUNS signale que, assez souvent, c'est un déni de justice réel dont le malade a souffert, qui a été le point de départ de l'affection. Souvent on ne tient pas suffisamment compte dans les rapports de ce point de départ positif; on tient toutes les affirmations du malade pour mensongères, ce qui irrite profondément celui-ci et aggrave son état. L'expert lui-même peut être victime de cette erreur, en ce sens que son autorité est diminuée quand, plus tard, il est démontré que le point de départ de l'affection n'était pas imaginaire. Bruns pense aussi qu'il est préférable d'abandonner le mot de « querulantenwahnsinn », mais il faut avouer qu'il est des cas dans lesquels, en l'absence de toute idée délirante, le fait de réclamer constitue à lui seul le symptôme unique et un symptôme pathologique. Le côté maladif de la conduite du patient consiste dans la façon avec laquelle il poursuit sans cesse ses revendications, sans souci de sa famille, de sa fortune et de sa réputation, dans l'impossibilité où il est de se résigner au déni de justice qu'il prétend avoir essuyé, dans le besoin d'occuper durant des années les autorités, la presse, le pays tout entier avec ses petites histoires, besoin qui s'accompagne d'une certaine mégalomanie. Voilà

la note maladive et il est possible d'en convaincre le public. A ce point de vue on ne peut considérer Kohlhaas comme un persécuteur sain d'esprit, lui qui a ravagé tout un territoire parce qu'on avait maltraité deux de ses chevaux.

M. Mittenzweig ne partage nullement l'opinion de M. Mendel. Il y a de véritables *persécuteurs* aliénés, il y a un « querulantenwahnsinn », et il y a aussi d'autres malades qui présentent certaines particularités des persécuteurs. J'ai par exemple observé un paralytique général persécuteur. Il n'y a pas lieu non plus d'abandonner la conception de la folie des quérulants parce que cette conception n'a pas été acceptée par le public. Il y a des sujets atteints de paranoïa dont les réclamations prennent une place si prépondérante que leurs idées délirantes, de persécution ou de grandeur, passent presque inaperçues. Le délire dans la folie des persécuteurs ne se traduit pas qualitativement. parce que son contenu ressemble assez aux conceptions normales. C'est une raison de plus pour attacher grande importance à son mode de développement et à sa *quantité*. En effet, l'intensité et l'extension croissante des idées de persécution montrent le caractère maladif des symptômes, et ce qui importe au point de vue médico-légal.

M. Neisser n'admet pas, comme on l'a affirmé, qu'il y ait toujours dans la maladie en question des conceptions délirantes proprement dites. On rencontre de nombreux cas. très démonstratifs, qui prouvent le contraire. Dans l'observation qu'il a rapportée, et que le rapporteur a plusieurs fois citée et qu'il a classée lui-même dans le délire des persécuteurs, il n'y avait, par exemple, aucune trace d'idée délirante. Ce qui était maladif, c'était l'intensité des sentiments affectifs. Au point de vue médico-légal il fallait en conséquence, comme l'a formulé tout à l'heure Mendel, démontrer l'existence d'une maladie mentale en s'appuyant sur la symptomatologie et le développement du cas en question dans son entier. Le mot de « querulantenwahn » (délire des quérulents) est évidemment mauvais, et je ne l'ai point employé puisqu'il n'y avait pas de délire.

M. Thomsen voudrait voir disparaître la dénomination de « querulantenwahnsinn ». La plupart des cas auxquels on l'applique appartiennent en effet au groupe de la paranoïa. Quand il s'agit d'états périodiques, de formes circulaires, l'excitation est le symptôme primaire, les réclamations ne viennent qu'après. Dans ces cas avec la disparition de l'accès d'excitation maniaque on observe une guérison ou une amélioration notable de la folie des réclamations.

M. Meschede pense qu'il convient de rayer le mot de « querulantenwahn » de la nomenclature psychiatrique. Pour désigner ce symptôme on pourrait dire « querulirsucht » (obsession des récla-

mations). L'affirmation de Siemerling que la maladie en question ne survient que chez des débiles me paraît contestable. Elle n'est pas d'accord avec ce fait, signalé par le rapporteur et admis par différents auteurs, que la folie des persécuteurs peut se rencontrer dans différentes conditions et qu'enfin elle est curable dans quelques cas exceptionnels. D'ailleurs on voit souvent des malades qui ne présentent point de signes de débilité mentale et dont la cause première de l'affection tient plutôt à un sentiment très intense des torts subis lié à une énergie de la volonté et à une intelligence solide.

M. Hitzig n'admet pas que la folie des persécuteurs ne soit pas une forme clinique, qu'il n'y ait pas de « querulantenwahnsinn ». Si l'on veut exprimer par là que la maladie peut avoir des facteurs étiologiques différents, on peut en dire autant de presque toutes les formes cliniques. Si, en outre, on invoque cet argument qu'il y a nombre de maladies mentales dans lesquelles on constate le fait de « réclamer », je répondrai que l'obsession de réclamations est, comme les hallucinations, la dépression, etc., un symptôme qui, là comme ailleurs, ne peut suffire à lui seul au diagnostic. Y a-t-il pour la folie des persécuteurs, comme pour les autres dénominations de maladies mentales, un ensemble de symptômes typiques, dont le complexus réalise un type morbide caractéristique? On est obligé de répondre par l'affirmative. On laisse de côté évidemment les cas dans lesquels la manie des réclamations n'est qu'un symptôme accessoire. Il faut en conséquence conserver le mot de « querulantenwahn ».

M. Koppen répond aux orateurs précédents qu'il est lui aussi convaincu qu'une partie des persécuteurs doivent être rangés dans le groupe de la paranoïa, mais il veut insister sur ce point qu'on ne peut admettre également, parmi les formes de la paranoïa, les cas dans lesquels le délire processif ne constitue qu'une phase dans toute l'évolution de la maladie, et dans lesquels les idées délirantes passent au second plan, dans le tableau clinique, devant la prédominance des anomalies du caractère d'une personnalité congénitalement anormale et souvent aussi faible d'esprit. Ces sujets sont des imbéciles, des dégénérés dans le sens de Magnan. M. Koppen constate que M. Mendel est d'accord avec lui sur les points les plus importants. Si je conserve le mot de « querulantenwahnsinn » comme appellation générale, tout en refusant à ce mot de représenter une forme clinique unique et tout en le rejetant au point de vue médico-légal, c'est que je crois devoir tenir compte des vues très divergentes des auteurs en ce qui concerne la classification des maladies mentales. C'est aller trop loin que de dire qu'il n'y a pas de folie des réclamations, car cette expression est appuyée sur des observations cliniques excellentes. A M. Bruns je répondrai

qu'à mon sens le seul fait de « réclamer sans cesse » ne peut au point de vue médico-légal constituer une preuve de folie. L'absence de toute considération de fortune, d'argent, se rencontre chez des sujets « quérulants », mais qui au point de vue légal ne peuvent être considérés comme aliénés. La preuve de la maladie il faut la tirer de la présence d'autres troubles maladifs, de conceptions délirantes.

M. Siemerling. — Le fait que le délire des persécuteurs a des facteurs étiologiques divers ne prouve rien contre l'unité de la forme clinique que ce mot désigne. Ce délire peut constituer une phase au cours de diverses psychoses, mais il est avant tout une variété clinique de la paranoïa. Cette forme apparaît sur un fond de débilité mentale, parfois très accentuée. Les interprétations sur lesquelles s'appuient les malades sont parfois impossibles à contrôler; elles ne constituent d'ailleurs pas le symptôme maladif, ce sont les réactions pathologiques qu'elles provoquent qu'il faut considérer.

La folie des persécuteurs, qu'il s'agisse de la forme clinique spéciale désignée habituellement sous ce nom ou des états passagers survenant au cours d'autres psychoses, peut s'améliorer, elle peut même guérir. P. Sérieux.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 29 *juin* 1896. — Présidence de M. Charpentier.

Variétés cliniques de délire de persécution. — M. Falret. Il existe un délire de persécution classique, à quatre périodes et, si Lasègue a vu seulement la période d'état, en revanche, il faut admettre aujourd'hui les quatre périodes si bien décrites par M. Magnan.

Mais ce délire de persécution classique, à quatre périodes, n'est qu'une variété clinique du délire de persécution.

Le délire de persécution se présente, en effet, sous plusieurs formes cliniques et l'on peut admettre cinq variétés. Nous connaissons déjà les délirants chroniques. Ils offrent des caractères assez différents de ceux des persécutés-persécuteurs, pour qu'on puisse les classer l'un et l'autre dans deux groupes différents.

En outre, ne doit-on pas admettre une variété alcoolique, puisque les alcooliques sont l'objet de tant d'idées de persécution dans leurs pantophobies, leurs zoopsies, leurs hallucinations terrifiantes? Il existe aussi des formes mixtes, celle où les caractères des mélan-

coliques anxieux sont unis aux caractères des persécutés ; je veux parler de la catégorie des malades, que vous désignez sous le nom de mélancoliques à idées de persécution. Enfin les persécutés dégénérés de M. Magnan constitueraient une dernière variété très importante.

Après avoir admis ces cinq variétés de délirants chroniques, de persécuteurs raisonnants, d'alcooliques, de mélancoliques à idées de persécution et de persécutés dégénérés de M. Magnan, il reste huit points sur lesquels je dois appeler l'attention, et sur lesquels il serait intéressant de discuter.

D'abord, avant tout, se pose la question de l'hérédité. Dès qu'il y a de l'hérédité, le délire de persécution devient, pour M. Magnan, le délire des dégénérés. Mais il faut admettre que tous les persécutés sont des dégénérés et qu'il n'y a, par conséquent, pas lieu de distinguer le délire de persécution du délire des dégénérés.

Si nous envisageons les hallucinations de l'ouïe, nous voyons qu'elles sont constantes dans certaines variétés : elles constituent même un symptôme capital et prédominant. Mais apparaissent-elles à la première ou à la deuxième période du délire chronique, l'absence d'hallucinations auditives est un caractère des persécuteurs raisonnants, que M. Magnan a fait passer de la classe des persécutés dans celle des dégénérés.

La même question se pose pour les hallucinations de la sensibilité générale et les hallucinations génitales. A quelle période apparaissent-elles ? Est-ce au début ? — Il faut admettre qu'elles apparaissent à la deuxième et à la troisième période. Cependant elles n'existent pas chez tous les persécutés : ici se pose encore la question du rapport des idées de grandeur et des hallucinations génitales.

Quand se produisent les hallucinations de la vue, l'on doit soupçonner un élément étranger, tel que l'alcoolisme ou toute autre intoxication. Les hallucinations de la vue sont caractérisées par ce fait qu'elles sont des phénomènes subjectifs, et que les malades ne croient pas à leur réalité extérieure.

Quel est le rôle séméiologique du délire de grandeur ? Est-il constant ? — Il l'est, d'après M. Magnan ; mais il est tardif dans un certain nombre de cas, et c'est un élément additionnel qui n'efface pas les idées de persécution. Le malade affiche hautement ses idées de persécution ; mais il dissimule ses idées de grandeur : on dirait qu'il en a honte. La dissimulation des idées de grandeur est fréquente, et ce délire apparait souvent très tard. Il n'est pas constant, ainsi que l'a dit M. Magnan, pour qui le délire de grandeur et le délire de persécution ont la même valeur séméiologique. Il faut donc atténuer la valeur séméiologique du délire de grandeur.

Enfin la démence est loin de composer le tableau clinique de la dernière période. A ce moment, c'est plutôt un simple affaiblisse-

ment intellectuel qu'une extinction des facultés. Il n'est pas rare de voir des persécutés, âgés de quatre-vingts ans, qui présentent encore une certaine activité intellectuelle, et qui sont loin d'être des déments.

J'aborde maintenant la question de l'évolution du délire de persécution, et en particulier de son début : On admet trois espèces de début : le plus souvent le délire s'annonce chez l'enfant, qui a un caractère inquiet, méfiant, bizarre. Mais, pour M. Magnan, c'est là le délire des dégénérés. Le délire de persécution peut débuter par l'hypocondrie. M. Magnan a nié ce début. Enfin le délire de persécution éclate à l'âge adulte, et d'emblée : c'est là l'opinion de M. Magnan. C'est aussi le début brusque par le vertige mental ou ictus cérébral de Lasègue. On peut objecter que la plupart des persécutés font porter leurs idées de persécution sur des sujets anciens et qu'il est bien difficile de constater le moment exact où éclate le délire. J'admets pour ma part que le plus souvent le délire s'annonce, dès l'enfance, par une inquiétude, une méfiance, un caractère soupçonneux et inquiet.

Existe-t-il des rapports entre les variétés du début et les variétés cliniques des périodes ultérieures? Quels sont-ils ? tel est le problème à résoudre.

Si l'on considère combien les caractères différentiels des mélancoliques et des persécutés s'effacent chez les persécutés auto-persécuteurs, ou mélancoliques à idée de persécution, comment englober avec M. Magnan les mélancoliques persécuteurs raisonnants, en un mot, tous les représentants des diverses variétés cliniques, dans le cadre des persécutés dégénérés dont il grossit le nombre, au détriment des autres variétés. La théorie des dégénérescences de Morel, si elle est excellente comme théorie de pathologie générale, est, en revanche, singulièrement nuisible en pathologie spéciale, et surtout en clinique.

A l'époque où vivait Lasègue, on voyait des persécutés partout; aujourd'hui il faut distinguer les variétés du délire de persécution. Le délire de persécution chronique a pour caractère l'incurabilité. Cependant certaines formes guérissent : quelles sont-elles ? Ce sont les persécuteurs dégénérés, s'il faut en croire M. Magnan : la transformation des délires chez les dégénérés, transformation si rapide qu'elle est une véritable prestidigitation, est insuffisante pour la solution du problème. Parmi les persécutés, les uns guérissent, les autres ne guérissent pas : le pronostic varie suivant les variétés cliniques. « Délire de persécution » est un diagnostic insuffisant : cette formule brute est appelée à disparaître. Aujourd'hui, ce qu'il faut diagnostiquer, c'est la forme clinique du délire. Puisque l'anatomie pathologique nous manque, au moins formulons un diagnostic exact et précis qui nous permette de porter un pronostic, auquel l'avenir ne donne aucun démenti.

M. Charpentier. — Chercher à porter un pronostic, fondé sur un diagnostic exact et précis, c'est risquer des erreurs, à moins qu'il ne s'agisse d'un délire de persécution d'origine toxique. On sait que chez les malades atteints de délire de persécution, sans forte ténacité, chez les malades jeunes ou frappés à la suite d'un ictus ou d'une émotion, il est permis de porter un pronostic favorable. Et cependant quels autres caractères avons-nous pour distinguer les variétés cliniques et modifier le pronostic suivant ses variétés?

M. Arnaud. — On en pourrait dire autant de toutes les formes mentales. M. Charpentier exagère l'insuffisance de nos moyens d'investigation, de nos éléments de diagnostic et de pronostic. Si nos éléments d'appréciation étaient aussi peu sérieux que le prétend M. Charpentier, nous nous tromperions plus souvent.

Marcel Briand.

BIBLIOGRAPHIE.

III. *Clinique des Maladies du Système nerveux*; par le professeur Raymond. (Paris, 1896, O. Doin, éditeur.)

M. le professeur Raymond publie la série des leçons qu'il a professées à l'hospice de la Salpêtrière pendant l'année 1894-1895. Suivant l'exemple de son maître, M. le professeur Charcot, M. Raymond rassemble en un volume des plus instructifs les sujets de ses leçons, résumant une année d'enseignement à la Salpêtrière.

Cette première série de leçons est divisée en deux parties distinctes. La première partie est surtout historique. Dans sa leçon d'ouverture, M. le professeur Raymond, rendant hommage à la mémoire de son maître, avait fait sentir à ses auditeurs le travail considérable qu'il avait accompli. Toute sa carrière passée à la Salpêtrière fut occupée par lui à explorer cette mine inépuisable, et à en étudier minutieusement les divers filons.

Tout d'abord il s'attache à la vérification et à la démonstration des recherches de Fritsch et Hitzig sur les localisations cérébrales; il établit l'exactitude des recherches de Turck, et ainsi l'anatomie pathologique sert à l'établissement et à la séparation des types cliniques. Par sa méthode anatomo-clinique, Charcot contribue à séparer les diverses scléroses et établit l'existence de la sclérose latérale amyotrophique.

L'étude de l'hystérie et de l'hypnotisme occupe plus particu-

lièrement la seconde partie de sa vie. La description de l'attaque hystérique, l'étude de l'hystérie interparoxystique, l'importance et la valeur des stigmates de la névrose, constituent les points les plus saillants de ses travaux. Mais pour bien comprendre l'œuvre de Charcot, pour bien saisir toute la portée de ses travaux, ce n'est pas avec nos idées actuelles qu'il faut le juger; il faut se reporter au temps où il travaillait lui-même, et le juger au milieu même de son époque.

C'est cette époque que nous décrit magistralement M. le professeur Raymond, en un style clair et précis, plein d'aperçus nets et d'une critique sûre et judicieuse. Cette époque peut se diviser en quatre périodes : Bell inaugure la première, qui s'étend jusqu'en 1850 ; pendant la seconde la pathologie médullaire est rénovée et se constitue sur de nouvelles bases anatomo-cliniques. La troisième période commence avec l'étude des localisations cérébrales, et sétend jusqu'à l'époque actuelle où domine l'étude de la structure fine des éléments nerveux.

A cette œuvre de reconstitution, fait suite l'étude des cas cliniques que M. le professeur Raymond a eus à sa disposition. Suivant la méthode de son maître, M. Raymond étudie d'abord longuement le cas clinique, et profite de ces cas pour étudier dans ses points essentiels, dans ses discussions les plus actuelles, l'état de la science sur la maladie observée. C'est ainsi qu'il passe en revue la paralysie bilatérale du deltoïde par élongation des deux nerfs circonflexes, la compression hémorragique du plexus brachial, et les paralysies radiculaires du plexus brachial.

La treizième leçon est consacrée à la paralysie radiculaire sensitive du plexus brachial : chapitre d'actualité qui montre l'importance que doivent prendre en neuropathologie l'étude des troubles radiculaires, susceptibles d'expliquer des phénomènes morbides insolites, et souvent en apparence inexplicables. L'étude des lésions de la queue de cheval comprend deux intéressantes leçons. Deux exemples cliniques servent de point de départ. M. Raymond en profite pour étudier complètement ce sujet si négligé dans les traités classiques. Après une symptomatologie très détaillée, il insiste sur les groupements cliniques variables suivant la localisation différente de la lésion. L'important en effet est le diagnostic topographique exact qui seul permet une intervention chirurgicale.

A côté vient se ranger tout naturellement, éclairant et complétant les leçons suivantes, l'analyse d'un cas d'hémorragie du cône terminal. Un cas de syndrome de Brown-Sequard complète cette étude médullaire.

La pathologie bulbo-protubérantielle est aussi soigneusement étudiée. Successivement le professeur Raymond s'attache à la démonstration des phénomènes bulbaires de la syringomyélie, à l'ophtalmoplégie externe bilatérale ; suit l'étude d'une variété

spéciale de paralysie alterne caractérisée par une hémiplégie droite avec une paralysie du moteur oculaire externe gauche.

La maladie de Charcot fait l'objet de deux intéressantes leçons. M. le professeur Raymond refait l'histoire et la description complète de la sclérose latérale amyotrophique, puis il cherche à éclairer l'anatomie pathologique encore si discutée à l'aide des découvertes récentes sur la structure fine de l'axe cérébro-spinal. L'auteur se trouve ensuite naturellement amené à discuter les rapports de cette affection avec la paralysie labio-glosso-laryngée de Duchenne (de Boulogne) dont il montre un exemple à ses lecteurs.

La paralysie pseudo-bulbaire forme une transition toute naturelle pour arriver à l'étude du cerveau. Nous signalerons particulièrement l'étude si complète et si intéressante de l'étiologie et du traitement de l'épilepsie Bravais jacksonnienne. Etablir nettement la nature de l'affection, préciser le siège exact de l'affection constituent un point capital, puisque de leur exactitude dépend l'intervention chirurgicale.

L'hérédité en pathologie nerveuse constitue un chapitre toujours ouvert, et des plus intéressants, puisqu'il domine et règle en partie la neuropathologie. C'est surtout sur les psychoses que l'hérédité montre son action toute spéciale. Similaire ou dissemblable, elle imprime d'une tare ineffaçable tout individu qu'elle frappe. Comment l'expliquer ? Beaucoup de théories ont été proposées. Après une discussion des plus sévères, M. Raymond voit dans l'hérédité un des attributs de la cellule.

L'étude des myoclonies forme deux chapitres intéressants de cet ouvrage. Entre les types cliniques, il existe des types intermédiaires nombreux permettant de passer insensiblement du simple au complexe. Tremblement fibrillaire, paramyoclonus multiplex, chorée fibrillaire, chorée électrique, tics non douloureux de la face, maladie des tics, ne sont que des expressions d'un même groupe morbide, la myoclonie, produits de l'état de dégénérescence. — Deux leçons sur les délires et fugues ambulatoires chez les épileptiques, les hystériques et les dégénérés terminent le volume.

Cette analyse rapide montre l'importance du recueil de leçons de M. le professeur Raymond. Nous aurions voulu insister davantage sur chaque point, et montrer davantage toute leur valeur. Une réflexion nous console : ce livre est indispensable à tous les neuropathologistes et a sa place marquée auprès de tout praticien.

Ch. Mirallié.

VARIA.

Congrès de médecine mentale et nerveuse.

(7e *Session.* — *Nancy*, 1896.)

Le septième Congrès des aliénistes et neurologistes se tiendra à Nancy, du 1er au 6 août 1896, dans un amphithéâtre de l'Institut anatomique, rue Lionnois, 23, où le secrétariat se trouvera également transporté pendant la durée du Congrès. Le programme est ainsi composé :

Samedi 1er août. Matin, 10 heures : séance solennelle d'ouverture, dans une galerie de la salle Poirel, rue Victor-Poirel. — Soir, 2 heures : Première question du programme. Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe. Rapporteur, M. le Dr Séglas. Discussion.

Dimanche 2 août. Excursion à Maréville, visite de l'asile. Banquet offert aux congressistes par l'Administration de l'asile.

Lundi 3 août. Matin, 9 heures : Discussion du premier rapport (*suite*). — Soir, 2 heures : Deuxième question du programme. De la sémeiologie des tremblements. Rapporteur, M. le Dr Lamacq. Discussion.

Mardi, 4 août. Matin, 9 heures : Troisième question du programme. De l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux. Thérapeutique et législation. Rapporteur, M. le Dr Paul Garnier. Discussion. — Soir, 2 heures : Suite de la discussion des rapports. Communications diverses. — Soir, 7 heures : Banquet par souscription du Congrès.

Mercredi 5 août. Matin, 9 heures : Communications diverses. — Soir : Excursion aux environs de Nancy.

Jeudi 6 août. Matin, 9 heures : Communications diverses. — Soir, 2 heures : Communications diverses. — Soir, 9 heures : Réception à l'Hôtel de Ville par la Municipalité. — Clôture du Congrès[1].

Les Compagnies de l'Est, Midi, Orléans, Nord et Paris-Lyon-Méditerranée accordent aux Membres du Congrès une réduction

[1] Les membres du Congrès de Médecine mentale et nerveuse, qui voudraient prolonger leur séjour à Nancy, pourront également, s'ils sont adhérents, participer aux travaux et aux excursions du Congrès de Médecine interne qui s'ouvre à Nancy le 6 août, sous la présidence de M. le professeur Pitres.

de 50 p. 100 sur le tarif ordinaire. La durée de la validité de ces billets est du 28 juillet au 10 août pour la Compagnie du Midi, du 28 juillet au 11 août inclus pour les autres Compagnies. Pour bénéficier de ces avantages, chaque adhérent au Congrès devra, avant le 11 juillet au plus tard, faire parvenir à M. le professeur PITRES, président du Congrès, 119, cours d'Alsace-Lorraine, à Bordeaux, une note indiquant exactement avec ses nom, prénoms, profession, adresse l'indication précise de son itinéraire sur *chacun* des réseaux intéressés, c'est-à-dire le nom de la gare où il doit emprunter ce réseau et celui de la gare où il doit le quitter. Par exemple, de Bordeaux-Bastide à Paris (Orléans) et de Paris (Est) à Nancy.

Les membres du Congrès recevront en temps opportun les bons de remise individuels. Ils sont priés de se conformer très exactement à ces indications et de se hâter d'envoyer leur note de renseignements, la liste devant en être irrévocablement close le 11 juillet au soir.

ATROCITÉS D'UNE ALCOOLIQUE DU GRAND MONDE.

On écrit de Londres :

« Une scène navrante s'est produite à l'audience de la cour de police de Ramsgate, à l'occasion d'une poursuite intentée contre Mme Spalding, femme du colonel Spalding, assignée pour violences exercées sur ses enfants.

« Ces violences sont manifestes. Il est établi que Mme Spalding avait pris la féroce habitude de frapper ses enfants et de les charger de liens en les enfermant dans sa cave par les temps les plus froids et les plus humides. A cet égard, huit domestiques ont apporté devant la cour les témoignages les plus probants.

« Chacun de ces domestiques ajoutait, sans doute comme circonstance atténuante, que Mme Spalding se livrait habituellement à la boisson et se trouvait en état d'ivresse tous les jours à partir de midi. Il n'y avait pas à en douter, à considérer Mme la colonelle écumant de colère dans le « dock ».

« Cette femme du monde, reçue chez la reine et chez la princesse de Galles, a eu devant la justice une telle attitude, que le magistrat a été obligé de la faire expulser par les agents de police. Jamais ivrognesse ramassée dans les ruelles de Whitechapel n'avait tenu à l'égard de la cour et des témoins un langage aussi ordurier. Les expressions les plus ignobles, les formules du ruisseau sortaient comme par torrent des lèvres de cette mondaine. Elle s'est exaltée jusqu'à frapper au visage le policeman qui la conduisait à sa cellule. Le procès de cette triste alcoolique a dû être ajourné. Le colonel Henry Spalding est un officier du plus grand mérite, que l'on ne saurait assez plaindre d'avoir associé sa vie à celle d'une telle virago. » (*Le Républicain orléanais*, 7 juillet.)

Nécessité de l'assistance des épileptiques.

Le *Petit Var* du 10 juillet rapporte les deux faits suivants :

« Au sortir du poste central de police, à 11 heures du soir, un marchand de chansons est tombé sur la place Gambetta d'une attaque d'épilepsie. Quelques passants l'ont secouru et il a pu regagner un instant après son domicile rue Nicolas-Laugier. Ce malheureux est, à chaque instant, relevé dans un coin de la voie publique. Il serait assurément beaucoup mieux placé dans un hospice ou une maison de refuge. Pourquoi ne pas le renvoyer chez lui, dans son pays, où il pourra être plus utilement secouru. Cet épileptique n'est à Toulon que depuis quelques mois.

« Un jeune garçon de treize ans, Eugène T..., habitant le quartier Valbourdin, a été pris aussi hier, vers midi et demi, d'un accès épileptique sur la place de l'Eglise au Pont-du-Las. Cet enfant a reçu des soins au poste de police du faubourg. »

Ces faits montrent combien l'assistance publique est défectueuse dans notre pays. Ils ne sont pas à l'honneur de nos administrations qui se disent et se croient républicaines, mais ne comprennent pas leurs devoirs.

Asile des aliénés de la Roche-sur-Yon : quartiers d'enfants; leur fonctionnement en 1894.

Les divisions d'enfants continuent à fonctionner d'une façon satisfaisante. Depuis plusieurs mois déjà celle des garçons est au complet; elle compte 21 sujets, dont 4 de la Charente-Inférieure; celle des filles en a 16, dont une du département précédent, elle ne tardera pas sans doute à avoir elle aussi toutes les places occupées.

La santé des enfants est excellente et aucune maladie incidente digne d'être notée ne s'est montrée parmi eux dans le cours de l'année 1894, à part quelques manifestations de la scrofule et de la tuberculose inséparables de l'état constitutionnel de quelques-uns d'entre eux. Nous avons poursuivi dans la mesure compatible avec les moyens dont nous pouvions disposer l'éducation de ces jeunes malades et je vais sommairement exposer les résultats obtenus :

Garçons. — Sur sept enfants gâteux à leur entrée, cinq sont devenus propres, un s'est amélioré à ce point de vue, un seul n'a pu être éduqué. Il convient de dire qu'il était atteint d'un dérangement gastro-intestinal dès longtemps réfractaire à tout traitement et qui n'a cédé qu'aux grands lavages du tube digestif usités depuis peu sous le nom d'*entéroclysme.*

Un enfant qui est entré ne sachant pas marcher a appris à le faire. Plusieurs ont appris à s'habiller seuls et à aider l'infirmière

dans les soins du ménage. Plusieurs ont appris à manger seuls, à se servir de la fourchette et de la cuiller, ou de cette dernière seulement. Huit enfants ont pris part aux exercices de gymnastiques par la méthode Pichery; les progrès ont été remarquables pour trois, bons pour trois autres, et assez bons pour les deux derniers. L'un des enfants du premier groupe a été transformé tant au point de vue physique que moral et ne serait plus reconnaissable pour quiconque ne l'aurait connu qu'avant son entrée.

Grâce au bon vouloir d'un de nos pensionnaires adultes, ancien instituteur, une petite classe a été fréquentée par six enfants dont quatre étaient absolument illettrés : un a appris à lire et à écrire, un à lire, un à épeler, 1 à reconnaître ses lettres. Les deux autres, qui avaient déjà des notions primaires assez développées se sont perfectionnés dans l'arithmétique et les exercices de grammaire. Enfin, trois enfants ont été occupés à divers travaux, l'un à la ferme, un autre au jardin, le troisième atteint de surdité a appris à coudre et fait quelques petits travaux sous la direction de l'infirmière. Comme résultat thérapeutique positif, je signale la guérison d'un jeune hystéro-épileptique qui, atteint de crises convulsives formidables à son entrée, en a été complètement débarrassé au bout de quelques mois. Cet enfant, qui n'est pas idiot, pourra sortir bientôt et se placer comme petit domestique de ferme, sachant fort bien conduire les bœufs.

Filles. — Sur cinq enfants gâteuses, quatre ont été rendues complètement propres; une seule n'a pu être éduquée. La plupart ont appris à se vêtir seules; plusieurs qui, en arrivant, mangeaient avec leur mains, ont appris à se servir de la fourchette et de la cuiller. Toutes actuellement mangent proprement et seules. Quatre ont appris à travailler; trois, qui n'avaient jamais tenu une aiguille, cousent aujourd'hui d'une façon très convenable, tant leurs progrès ont été remarquables; une s'est perfectionnée. Aucun essai d'instruction n'a pu être tenté faute d'un personnel *ad hoc*.

Une jeune épileptique qui, à son entrée, avait plusieurs attaques d'épilepsie par jour et était tombée dans un abrutissement profond, a été complètement guérie. Depuis plusieurs mois elle n'a pas eu d'attaques, malgré la suppression de tout traitement. Ce cas, ainsi que celui du jeune garçon précédemment cité, prouve quels services peuvent rendre nos divisions d'enfants au seul point de vue médical sans parler du côté philanthropique de la question.

CULLERRE.

Progrès de la psychiatrie en Amérique; par le Dr E. Cowles.

L'auteur résume par les propositions suivantes les conditions de cet avancement :

« 1° Nos hôpitaux devraient être placés sous une direction médi-

cale de même qu'ils sont institués pour des occupations médicales. Leur autorité directrice devrait les gouverner de façon à encourager l'efficacité professionnelle de l'état-major médical, ce qui implique le choix des médecins uniquement d'après leurs capacités, en même temps qu'une installation libérale de bibliothèques et de laboratoires, nécessaires aux travaux scientifiques.

« 2° Il faut réagir par tous les moyens possibles contre une spécialisation étroite en demandant une éducation plus complète en médecine générale et en favorisant les études neurologiques et psychologiques. De la sorte, tout ce qui touche à la neurologie serait dans une union intime avec la médecine générale et progresserait selon la loi qu'Herbert Spencer appelait la tendance à la pénétration de toutes les spécialités dans la science médicale. Cette tendance serait singulièrement renforcée par le développement des études biologiques.

« 3° Tout en nous efforçant d'aller chercher dans le domaine général de la médecine tout ce qui pourrait servir à nos travaux spéciaux, il serait nécessaire aussi d'appeler à l'aide les connaissances psychologiques les plus récentes. Ainsi notre mission spéciale deviendrait l'étude des problèmes les plus hauts et les plus difficiles de la vie humaine dans la préservation et la restauration de la santé de l'intelligence. » (*American journal of insanity*, janvier 1896.) E. B.

La nécessité d'un service psychiatrique dans les prisons ; par le Dr J. Morel.

Depuis la création d'un service médical psychiatrique dans les prisons belges, l'auteur a eu, à diverses reprises, l'occasion de montrer combien des réformes sont urgentes dans nos lois pénales.

En effet, parmi les criminels il s'en trouve une catégorie qui ne sont ni absolument aliénés, ni absolument responsables. Leur place n'est nullement dans la prison, encore moins dans un asile d'aliénés. Pour cette catégorie d'individus s'impose la création d'institutions spéciales où ils seraient l'objet d'un traitement prophylactique du crime. Ces institutions donneraient asile aux alcooliques, aux névrosés, aux affaiblis intellectuels, aux dégénérés qui ont agi contrairement aux lois morales et sociales. (*American journal of insanity*, octobre 1895.) E. B.

FAITS DIVERS.

Un drame dans un asile d'aliénés. — On mande de Nantes qu'un drame s'est produit hier matin à l'asile d'aliénés de Nantes. Un ancien marin nommé Henri Paré, âgé de quarante-quatre ans, était interné dans l'asile malgré de nombreuses protestations de sa part. Il s'était même échappé plusieurs fois. Il était d'ailleurs considéré comme extrêmement dangereux. A deux reprises il avait blessé ses gardiens. Hier matin un gardien se présenta dans sa cellule. Mais le fou était parvenu pendant la nuit à se débarrasser de sa camisole de force et à déboulonner une barre de fer de sa lucarne.

Lorsque le gardien pénétra dans sa cellule, le fou le frappa violemment à la tête d'un coup de barre. D'autres gardiens accoururent au secours de leur collègue, mais il était trop tard : le malheureux a été relevé mourant. (*Journaux politiques*, 8 juin 1896.)

Une dangereuse monomane. — Une fillette de treize ans vient d'être mise à la disposition du parquet. Depuis quelques semaines elle a entendu des voix qui lui commandent impérieusement d'allumer des incendies sous peine de mourir d'une mort affreuse.

Sa folie se déclara pour la première fois chez M. Dreyfus, négociant, rue Léopold-Bourg, où elle était entrée en apprentissage. Trois fois en deux jours elle tenta d'incendier la maison de son patron. Quand, après une enquête rapide, des soupçons graves se portèrent sur elle, la fillette fondit en larmes et conta sincèrement l'histoire de ses voix. « J'ai éprouvé, dit-elle, un grand soulagement de leur avoir obéi. J'avais beaucoup souffert en leur résistant. » *Petit Var*, 12 mai 1896.)

Aliénés en liberté. — Un nommé Marius Bousquet, de Ourmerson de Sainte-Radegonde près Rodez, âgé de dix-sept ans, a avec un rasoir coupé la tête de sa nièce âgée de sept mois, puis après s'est porté deux coups de rasoir à la gorge. On pense à un acte de folie. *Intransigeant* du 17 juillet.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Bechholm (J.). — *Recherches bibliographiques, statistiques et cliniques sur les maladies mentales d'origine traumatique.* — Volume in-8° de 189 pages. — Paris, 1896. — Librairie H. Jouve.

Bourneville. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* — Volume in-8° de LXXI-254 pages. — Tome XVI (1895). — Prix : 7 francs. — Pour nos abonnés : 5 francs.

Francotte (X.). — *De la symptomatologie et du diagnostic de la paralysie générale.* — Brochure in-8° de 13 pages. — Gand, 1895. — Imprimerie E. Vander Haeghen.

Francotte (X.). — *Pseudo-paralysie générale alcoolique à symptomatologie incomplète (mégalomanie alcoolique).* — Brochure in-8° de 13 pages. — Gand, 1895. — Imprimerie Vander Haeghen.

Francotte (X.). — *Le réflexe radio-bicipital.* — Brochure in-8° de 9 pages. — Gand, 1896. — Imprimerie Vander Haeghen.

Francotte (X.). — *Du sulfate de Duboisine dans le traitement de la paralysie agitante.* — Brochure in-8° de 5 pages. — Bruxelles, 1896. — Imprimerie Goix et Cie.

Hamon du Fougeray et Couetoux (L.). — *Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux.* — Volume in-8° de XV-288 pages. — Prix : 5 francs.

Krafft-Ebing. — *Traité clinique de psychiatrie*, traduit sur la 5e édition allemande par Laurent (E.). — Volume in-8° de VI-758 pages. — Prix : 20 francs. — Paris, 1896. — Librairie A. Maloine.

Massant (J.). — *Recherches expérimentales sur le degré de toxicité de l'urine des aliénés.* — Brochure in-8° de 24 pages. — Gand, 1896. — Imprimerie Vander Haeghen.

Morselli (E.). — *Nota sulla pricosi cocainica e sue varieta nosografiche.* — Brochure in-8° de 20 pages. — Napoli, 1896. — Tipografia della « Riforma Medica ».

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 896.

Vol. II. Septembre 1896. N° 9.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

TRAITEMENT DE L'ATAXIE DANS LE TABES DORSALIS PAR LA RÉÉDUCATION DES MOUVEMENTS (*méthode de Frenkel*);

Par le Dr RUBENS HIRSCHBERG.

I. — En 1890 au 63e Congrès des médecins allemands à Brême, le Dr Frenkel fit une courte communication sur le traitement des mouvements ataxiques [1]. Cette communication paraît avoir passé complètement inaperçue et ne souleva aucune discussion. L'idée dominante que le tabes dorsalis est une maladie fatalement progressive et irrémédiable dans *toutes* ses manifestations cliniques était tellement puissante, que malgré la haute autorité du professeur Leyden, qui plus tard [2] donna son approbation à la méthode préconisée par Frenkel, elle a longtemps rencontré l'indifférence la plus absolue dans le monde médical. N'est-ce pas une ironie bien amère du destin, que les deux méthodes — la suspension et la rééducation des mouvements — qui jusqu'à présent ont seules donné des résultats réellement appréciables dans le traitement du tabes dorsalis, aient eu tant de peine à se frayer un chemin? La suspension a dû attendre sept ans avant que le professeur Raymond vînt la tirer de l'oubli immérité. Fait digne de

[1] Dr Frenkel. — *Die Therapie atactischer Bewegungsstörungen*. Münch. Medic. Vochenschrift, 1890, n° 52.

[2] Leyden. — *Ueber die Behandlung der Tabes dorsualis*. Berl. klin. Wochenschr., 1892, n° 17.

remarque, c'est encore au même maître que nous devrons d'avoir développé en France la méthode de Frenkkel.

Pendant les vacances de l'année 1890, le Dr Frenkel nous fit part dans son sanatorium des maladies nerveuses, à cette époque à Horn (Suisse), de ses idées sur le traitement de l'ataxie des mouvements et nous montra un malade, chez lequel il a obtenu des résultats très encourageants.

Pendant les années 1891-92 nous avons étudié cette méthode à l'hôpital Cochin dans le service de notre regretté maître Dujardin-Beaumetz. Dans notre travail[1] paru en janvier 1893, nous avons exposé le principe de ce traitement, nous avons donné un manuel opératoire pour le traitement de l'ataxie des jambes et posé quelques indications et contre-indications. En 1894, paraît un travail sur le même sujet du Dr Ostankoff[2], fait dans la clinique du professeur Bechterew à Saint-Petersbourg. Cet auteur a obtenu des résultats identiques aux nôtres. Avec la nouvelle publication du Dr Frenkel, parue l'année dernière[3], toute la bibliographie de la question est épuisée.

Dans notre travail actuel, basé sur une expérience de plus de cinq ans, nous nous proposons de reprendre la question pour compléter la méthode et reviser sur certains points les indications et les contre-indications. Nous publions ici neuf nouvelles observations de tabes dorsalis.

Quatre de ces malades ont été soignés par nous à la Salpêtrière dans le service de M. le professeur Raymond. Les autres cinq proviennent de notre clientèle privée.

II. — Avant d'entrer dans la description de la méthode, nous croyons utile de s'entendre sur la dénomination de la méthode. Dans notre premier travail nous l'avons appelée : *gymnastique raisonnée*, voulant dire par là que le malade devait comprendre *le sens* des mouvements. Nous nous rendons à la critique du Dr Frenkel[4], qui craint avec juste raison qu'on ne confonde sa méthode avec la gymnastique, qui n'a absolument rien à voir dans sa méthode de traitement. Le

[1] Rubens Hirschberg. — *Traitement mécanique de l'ataxie locomotrice.* Bulletin génér. de thérap., 30 janvier 1893.

[2] P. Ostankoff. — *Nevrologuitscheski Viestnik*, t. II, fasc. 3, 1894.

[3] Dr Frenkel. — *Die Behandlung der Ataxie der oberen Extremitaten*, Zeitschr. f. klin. Med., t. XXVIII. fasc. 1 et 2, p. 32.

[4] Dr Frenkel. — *Loc. cit.*

professeur Leyden[1] l'appelle *traitement compensatoire*. Dans son travail récent le Dr Frenkel propose de nommer sa méthode : *compensatorische Uebungstherapie*. Il nous semble que le nom le plus clair et le plus simple est celui dont notre maître le professeur Raymond se sert : *méthode de rééducation des mouvements*. Cette dénomination a encore le grand avantage d'indiquer le principe même du traitement.

III. — La méthode de rééducation des mouvements a pour but de corriger l'incoordination motrice dans le tabes. Le principe de cette méthode est basé sur ce fait, que le tabétique-ataxique est capable de *réapprendre* par des efforts de volonté à coordonner ses mouvements. Pour y arriver, l'ataxique devra exécuter des exercices spéciaux, qui seront différents, selon les particularités de chaque cas et selon le degré de l'incoordination. On trouvera plus loin la description des exercices auxquels nous avons soumis nos malades. Quels que soient ces exercices, ils devront toujours être exécutés *lentement*, *aussi régulièrement que possible* et *d'une façon réfléchie*. Le malade doit comprendre le sens et l'utilité de chaque exercice. Quand on étudie de près l'incoordination motrice chez les tabétiques, on est frappé de ce fait que les malades ont *littéralement oublié* quels muscles il faut contracter pour exécuter tel ou tel mouvement. On est donc obligé de lui enseigner, comment il faut s'y prendre pour s'asseoir, pour se lever, pour se tourner, etc. De là une analyse détaillée de chaque mouvement, que le malade aura à exécuter. Pour obtenir des résultats favorables on ne devra pas appliquer schématiquement les mêmes exercices chez tous les malades. Il faut préalablement étudier les particularités de l'incoordination dans chaque cas spécial et choisir des exercices propres à corriger les défauts constatés.

Les exercices dont on se sert pour corriger l'incoordination chez les tabétiques rentrent dans trois groupes de mouvements :

Contractions musculaires simples : flexion, extension, abduction, etc.

Mouvements coordonnés simples : lever la jambe à une certaine hauteur, fléchir l'avant-bras sur le bras à des degrés différents, etc.

[1] Leyden. — *Loc. cit.*

Mouvements coordonnés compliqués : marcher, s'asseoir, écrire et en général tous les exercices plus ou moins compliqués.

Pour le traitement de l'ataxie des jambes on a recours aux exercices suivants : 1° Exercices au lit (le malade étant couché) ; 2° Exercices debout.

Ces derniers se subdivisent en : *a.* Exercices d'équilibre statique ; *b.* Exercices de locomotion.

Exercices au lit. — Le malade étant couché sur un lit ou sur un canapé, les jambes nues, la tête soulevée pour qu'il puisse voir ses jambes. Dans cette position il devra exécuter successivement dans l'ordre de leur complexité la série des mouvements suivants :

1° *Flexion, extension, abduction* et *adduction* d'un pied, ensuite de l'autre pied, et puis simultanément le même mouvement avec les deux pieds ; 2° *Mouvement de rotation* du pied dans l'articulation tibio-tarsienne. Le malade doit décrire un cercle avec le bout du pied ; 3° *Flexion du genou.* — Pendant ce mouvement la cuisse ne doit pas faire d'oscillations à gauche et à droite ; 4° *Fléchir la cuisse sur le bassin*, le genou étant fléchi.

5° *Adduction et abduction de la cuisse.* — Pendant ce mouvement le genou est fléchi, la plante du pied repose sur le plan du lit, le bassin est immobilisé. Le malade doit exécuter le mouvement sans saccades et en quatre temps : abduction, retour à la ligne médiane, adduction et de nouveau retour à la ligne médiane.

6° *Lever la jambe d'une seule pièce*, sans faire de mouvements de zigzag ; 7° la jambe étant levée faire des mouvements d'adduction et d'abduction dans l'articulation coxo-fémorale ; 8° la jambe étant levée, faire avec celle-ci des mouvements de rotation dans l'articulation coxo-fémorale en décrivant avec le pied un cercle ;

9° Les jambes sont allongées et rapprochées l'une de l'autre, on invite le malade de s'asseoir dans son lit, sans s'appuyer sur ses mains et sans que les jambes bougent ; 10° le même mouvement avec cette différence que le malade est couché dans une position horizontale.

On comprend aisément le but de ces exercices. Le malade doit apprendre à dominer ses contractions musculaires et par conséquent arriver à pouvoir exécuter tous ces mouvements

avec une régularité aussi parfaite que l'homme bien portant. Au début le malade surveillera avec les yeux attentivement ses mouvements, mais au fur et à mesure qu'il les fera plus régulièrement on lui demandera de ne pas regarder ses jambes pendant qu'il fait les exercices, et enfin il devra faire les exercices les yeux fermés.

Les exercices au lit constituent la première partie du traitement par la méthode de Frenkel. Chez le tabétique qui ne marche plus, la période des exercices au lit durera naturellement plus longtemps que chez celui qui marche encore. Mais quel que soit le degré de l'incoordination motrice, les malades retireront le plus grand bénéfice de ces exercices.

Exercices debout. — Pour ces exercices on choisira une pièce grande, claire, non encombrée de meubles, avec un parquet non ciré ou recouvert d'un tapis cloué. Le malade devra être légèrement vêtu. Pour les dames, nous avons adopté un système de culottes de gymnastique. Au début du traitement il est très important que les malades puissent voir leurs jambes.

Exercices d'équilibre statique. — Le malade est debout, le médecin se tient à côté de lui. Si le malade ne marche plus on le soutiendra à l'aide de la ceinture de Frenkel. Si le malade ne peut se tenir debout qu'à l'aide d'une canne, on lui permettra l'usage de la canne au moins au début du traitement.

1° *Rester debout immobile*, les pieds un peu écartés, les mains appliquées sur la couture du pantalon. Rester dans cette position une à deux minutes; 2° le même exercice les pieds joints ; 3° étant debout les pieds écartés, exécuter avec les bras des mouvements de gymnastique (projection des bras en avant, en haut et en bas).

4° Le même exercice les pieds joints ; 4° fléchir le corps en avant, à gauche, en arrière et à droite, en décrivant avec la tête un cercle; 6° le même exercice les pieds étant joints; 7° s'accroupir et se relever lentement ;

8° Le même exercice les pieds étant joints ; 9° plier le corps en avant et tâcher d'arriver avec les bouts des doigts au bout des pieds ; 10° le même exercice les pieds joints ; 11° se tenir sur la pointe des pieds ; 12° le même exercice les pieds joints; 13° se tenir debout les genoux fléchis ;

14° Le même exercice les pieds rapprochés ; 15° en se tenant les genoux fléchis exécuter avec les bras des mouvements de

gymnastique; 16° se tenir sur une jambe; 17° en se tenant sur une jambe fléchir légèrement le genou.

Exercices de locomotion. — 1° En se tenant debout avancer lentement un pied de la longueur d'un pas. Ramener ce pied de nouveau en place, en le soulevant d'un seul coup. Placer le même pied en arrière et le ramener de nouveau en place. Déplacer le pied latéralement de la longueur d'un pas et le ramener ensuite en place. Pour que cet exercice se fasse avec plus de régularité on fera bien de dessiner avec de la craie les contours de la semelle juste à l'endroit, où le malade aura à placer son pied. Ces exercices seront répétés alternativement avec chaque pied.

2° Placer un pied devant l'autre sur la même ligne et rester en équilibre; 3° faire vingt pas en avant, en posant doucement les pieds, en touchant le sol avec toute la surface de la plante du pied. Le malade doit compter ses pas à haute voix; 4° marcher sur une ligne tracée; 5° marcher à reculons; 6° marcher latéralement; 7° marcher à grands pas; 8° marcher les genoux fléchis; 9° marcher sur la pointe des pieds; 10° marche sur commandement avec arrêt brusque ou changement brusque de direction; 11° marche avec obstacles. On pose par terre des morceaux de bois à égale distance l'un de l'autre. Le malade doit marcher entre ces morceaux sans les déplacer;

12° Se lever d'une chaise sans s'aider des mains. S'asseoir lentement sans se laisser tomber; 13° s'exercer à monter et descendre un escalier sans se tenir à la rampe.

Les exercices que nous venons d'énumérer contiennent, comme on le voit les éléments de nos mouvements usuels. Néanmoins le médecin ne devra pas se tenir schématiquement à ces exercices. On pourra d'ailleurs les varier et combiner à l'infini, choisir de préférence celui-ci ou celui-là selon les particularités de l'incoordination motrice dans chaque cas de tabes. Nous ne saurons trop le répéter, que l'essentiel dans tous ces exercices, ce qui les distingue de la gymnastique, c'est que le malade doit appliquer toute son attention à les exécuter avec une régularité parfaite. Chaque exercice devra être répété aussi souvent, jusqu'à ce que le malade soit parvenu à masquer pour ainsi dire son incoordination motrice, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il ait appris l'exercice en question le plus parfaitement possible.

Aux tabétiques qui ne marchent que difficilement on recom-

mandera en dehors des exercices le repos au lit. Les malades qui marchent encore relativement bien ne doivent pas non plus trop se fatiguer. On leur recommandera, que même en dehors des exercices, ils devront marcher d'après les règles qu'on leur aura indiquées pendant les exercices.

Nous sommes forcés d'ouvrir ici une parenthèse sur la sensation de la fatigue chez les tabétiques. Nous étions le premier à appeler l'attention sur la manière bizarre, comment la fatigue se manifeste chez le tabétique[1]. Dans la période préataxique les malades accusent presque toujours une fatigue rapide et qui n'est nullement en rapport avec la quantité de force musculaire dépensée. On voit même des tabétiques qui éprouvent de la fatigue sans avoir marché (sensation de courbature, de lourdeur, de plomb dans les membres). A cette période d'hyperesthésie succède une période d'anesthésie à la fatigue. Le malade n'éprouve aucune fatigue même après une marche de plusieurs kilomètres. Le Dr Frenkel nous a récemment montré une tabétique qui pouvait sans éprouver aucune fatigue tenir le bras en l'air pendant vingt et vingt-cinq minutes ! Il existe encore une troisième catégorie de tabétiques, qui ont un retard considérable dans la perception de sensation de fatigue. En effet nous avons observé des malades qui ne se sentaient nullement fatigués après avoir fait une très longue promenade, mais qui le lendemain de cette promenade avaient une courbature musculaire générale. Cette courbature durait généralement vingt-quatre, mais parfois quarante-huit heures.

Ces modifications dans la perception du sens de fatigue sont de la première importance dans notre méthode de traitement. En effet le tabétique, qui n'est pas averti par la fatigue, est porté à dépenser une trop grande quantité de force musculaire sans réparer la perte par le repos.

Le médecin devra donc exactement prescrire au malade pendant combien de temps il pourra marcher ou exécuter n'importe quel autre travail musculaire. Beaucoup de tabétiques sont portés à des exagérations à cet égard. Ainsi quelques-uns de mes malades qui, avant de suivre notre traitement, se condamnaient à un repos presque absolu et nullement justifié, se livraient, à peine avaient-ils un peu amélioré l'incoordination

[1] Rubens Hirschberg. — *Loc. cit.*, p. 8. Le cas publié par le Dr Frenkel est postérieur à notre publication (*Neurol. Centrb.*, n° 13, 1893).

et repris confiance dans leurs jambes, à des promenades d'une longueur insensée, et ils étaient tout heureux de ne pas sentir de fatigue au bout de leur promenade. Eh bien, il faut avertir les malades que ces exagérations leur sont très nuisibles.

Les exercices en présence du médecin devront être faits également avec beaucoup de prudence en tenant compte de l'état général du malade et de sa résistance. En dehors de la dépense de force musculaire que nécessitent les exercices, il y a encore un autre élément de fatigue qui n'est pas sans importance. Chez tous les tabétiques les exercices produisent par suite de la tension d'esprit une grande fatigue cérébrale. Cependant au fur et à mesure qu'ils se familiarisent avec les exercices, cette fatigue cérébrale se fait de moins en moins sentir.

Nous avons l'habitude de faire durer la séance au début du traitement une demi-heure, et nous n'avons jamais dépassé la durée d'une heure, en comptant là dedans le repos entre chaque exercice. Les séances auront lieu journellement, et, si les circonstances le permettent, surtout chez des malades alités, deux fois par jour.

IV. — *Théorie de la méthode.* — Avant d'analyser les résultats obtenus chez nos malades, nous croyons utile d'exposer ici la théorie de la méthode de rééducation des mouvements. Mais d'abord éliminons la part qui revient à la suggestion dans l'amélioration qu'on obtient chez les tabétiques par cette méthode de traitement.

Dans notre premier travail sur le même sujet nous avons insisté sur ce fait, que *tous* les symptômes cliniques que présente un tabétique ne doivent pas être mis uniquement sur le compte du tabes dorsalis, que notamment le symptôme ataxie est souvent aggravé par un état mental, neurasthénique, qui se traduit cliniquement par des appréhensions, une peur exagérée de tomber. Naturellement cette peur fait paraître l'incoordination motrice plus grave qu'elle ne devrait être de la part des lésions organiques. L'amélioration rapide qu'on constate parfois chez les ataxiques dès les premières séances de traitement est incontestablement d'ordre moral. En relevant le courage du malade, en lui faisant espérer l'amélioration du symptôme le plus gênant de sa maladie, on triomphe rapidement des troubles neurasthéniques qui compliquent et aggravent le symptôme ataxie. Mais là s'arrêtent aussi les effets de la suggestion.

Après une période d'amélioration relativement rapide de l'incoordination, le traitement entre dans une deuxième période, pendant laquelle la coordination renait avec une lenteur désespérante. Chaque pas en avant n'est obtenu qu'au prix de longues et pénibles séances, et une certaine amélioration n'est appréciable qu'après des semaines de traitement. On reconnaîtra que ce ne sont pas là les caractères d'une amélioration par la suggestion mentale. Nous allons maintenant voir par quel mécanisme se fait chez le tabétique la rééducation des mouvements.

On est loin d'être fixé sur la nature et le siège anatomique de l'incoordination motrice. Les théories qui considèrent ce symptôme comme une manifestation de la parésie musculaire (Pierret), des contractures (Onimus), de la diminution du tonus musculaire (Debove) ont confondu la conséquence de l'incoordination avec sa cause. Quant à la théorie des centres et des conducteurs d'une coordination motrice défendue par Charcot et par Erb, on doit reconnaître avec Leyden et Raymond que la logique physiologique s'oppose à l'existence de pareils centres, distinctement des centres et des conducteurs de la motilité et de la sensibilité en général. La coordination n'est pas une fonction *per se*, mais un arrangement harmonieux des mouvements pour atteindre un but voulu. C'est une fonction de toute la sphère psychomotrice de l'écorce cérébrale, c'est-à-dire un acte conscient et voulu. La théorie sensitive de Leyden, qui subordonne l'incoordination motrice aux troubles de la sensibilité, a certainement gagné du terrain depuis que nous connaissons mieux les troubles de la sensibilité articulaire et musculaire dans le cours du tabes. Il est certain que dans la période ataxique la sensibilité musculo-articulaire est *toujours* altérée. On a opposé à cette théorie les hystériques, atteints d'anesthésies profondes et qui ne sont cependant pas ataxiques; et les malades atteints de la maladie de Friedreich, c'est-à-dire, des ataxiques sans troubles de la sensibilité. Selon nous les hystériques ne peuvent pas compter, car le mécanisme des anesthésies mentales est très compliqué. On pourrait dire des hystériques qu'ils sentent sans sentir. Surtout leur anesthésie musculaire et articulaire est sujette à caution. Quant aux Friedreich's, ce ne sont pas des incoordonnés dans le sens comme le sont les tabétiques. On devrait trouver un autre mot pour caractériser les troubles de

l'équilibre, dont ces malades souffrent. Puis sans pouvoir être pour le moment affirmatif nous avons des raisons pour admettre chez les Friedreich's des troubles de la sensibilité musculo-articulaire, surtout dans la période avancée de la maladie.

A notre avis l'argument le plus sérieux contre la subordination absolue de l'incoordination motrice à l'anesthésie musculo-articulaire, est qu'il n'existe aucune relation proportionnelle entre le degré de l'ataxie et les troubles de la sensibilité musculo-articulaire. On peut seulement affirmer que le tabétique-ataxique présente *toujours* des altérations de la sensibilité musculo-articulaire. Mais il n'existe pas de relation intime de cause à effet entre les troubles de la motilité et les troubles de la sensibilité dans le tabes. Néanmoins, comme nous le verrons plus loin, c'est encore cette théorie qui explique le mieux l'amélioration de la coordination qu'on obtient par la méthode de Frenkel.

Nous avons dit plus haut que la coordination était une fonction cérébrale. Il était donc logique d'incriminer l'encéphale dans la production de l'incoordination motrice. C'est surtout Jendrassik[1] qui a défendu l'origine cérébrale du tabes. Selon lui le symptôme ataxie est le résultat des altérations qu'il a constatées dans le système des fibres d'association corticales. Il faut dire que les altérations des fibres constatées par Jendrassik n'ont pas été confirmées dans tous les cas de tabes. Cette théorie est aussi en contradiction avec les résultats de notre méthode de *traitement*. En effet, si chez les tabétiques les fibres d'association indispensables pour la coordination sont détruites, la rééducation de la coordination serait impossible. Or, il n'en est rien. Nos observations prouvent que le tabétique peut dans une certainemesure par des exercices spéciaux récupérer la coordination de ses mouvements. L'intégrité des fonctions cérébrales est même une condition essentielle pour la réussite de notre traitement.

Voici comment nous expliquons les effets de la méthode de Frenkel. Nous avons dit que la coordination était une fonction cécébrale. En plus elle n'est pas innée, mais s'acquiert dans le courant de la vie et au fur et à mesure de nos besoins. C'est par des *exercices répétés* que nous apprenons à rester debout, à marcher, courir, nager, faire des mouvements coordonnés

[1] Jendrassik. — *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, t. XLIII, 1888.

avec les bras, etc. C'est là l'éducation de nos appareils moteurs. Il y a naturellement une grande différence entre le mécanisme de l'éducation de la coordination chez l'enfant et chez une grande personne. Dès l'enfance nous apprenons les mouvements qui nous sont indispensables selon le milieu dans lequel nous vivons. L'enfant apprend la coordination pour ainsi dire sans raisonnement et au prix de nombreux échecs et de chutes multiples. Une grande personne au contraire sera prudente, raisonnera, se fera une théorie du mouvement coordonné, qu'elle aura à apprendre. Demandez à un Vénitien, quand est-ce qu'il a appris à nager, il vous répondra qu'il ne le sait pas, qu'il a ça de naissance, parce que dans le milieu dans lequel il vit la nage est aussi indispensable que pour nous la marche. Mais ceux qui ont appris à nager dans un âge, quand on est capable de se rendre compte, savent qu'il leur fallait pour cela beaucoup d'exercices, d'attention et de bonne volonté.

L'analyse des mouvements coordonnés démontre que ce ne sont pas des mouvements automatiques, mais conscients et intentionnels. L'habitude seule fait que dans les mouvements que nous répétons journellement l'intervention de la volonté devient tellement minime, que nous croyons les exécuter sans le contrôle de notre conscience. Mais en réalité il n'en est rien, puisque, nous le savons bien, si les conditions extérieures changent, le cerveau en est immédiatement averti par les organes des sens (la vue, le toucher, la sensibilité musculo-articulaire), et la coordination s'adapte alors aux conditions modifiées. Il s'ensuit que pour une coordination parfaite l'intégrité de nos organes des sens est indispensable. Pour ne pas compliquer la question nous n'envisagerons que la vue, le tact et la sensibilité musculo-articulaire particulièrement engagés dans l'acte de coordination. Chez l'homme bien portant en vertu du principe du partage du travail tous les organes des sens ont leur part dans la coordination. Si par suite de maladie le concours d'un des organes fait défaut, les autres organes devront le suppléer, autrement la coordination ne pourra pas se faire. C'est ainsi que chez l'aveugle le toucher et la sensibilité musculo-articulaire suppléent la vue dans la coordination, et chez le tabétique les yeux cherchent à compenser les troubles de la sensibilité tactile et de la sensibilité musculo-articulaire.

On sait que les organes qui, par les circonstances, sont appelés à un surcroit de travail peuvent atteindre un très haut degré d'affinement. Ainsi le toucher chez les aveugles, la sensibilité musculo-articulaire dans certains métiers, comme par exemple chez les employés des postes, qui en soupesant sur la main les lettres peuvent distinguer des différences de poids, imperceptibles pour des personnes, qui ne sont pas habituées à ce genre de travail. La danseuse de ballet, le virtuose du piano, le jongleur doivent avoir la sensibilité musculo-articulaire d'une finesse extraordinaire. Physiologiquement parlant, en quoi consiste l'affinement de la sensibilité? Il est possible que les appareils terminaux de la sensibilité, situés dans la peau, dans les muscles, les tendons, les ligaments, les capsules articulaires à force d'exercice acquièrent une sensibilité plus exquise. Il est cependant plus probable, comme l'admet Frenkel[1], que dans ces cas d'une finesse extraordinaire de la sensibilité ce sont plutôt les centres psycho-moteurs de l'écorce cérébrale qui, à force d'habitude, c'est-à-dire d'exercice répété, arrivent pour accomplir la coordination à se contenter d'impressions minimes venues de la périphérie.

Revenons aux tabétiques. Si l'ataxique est capable d'un effort de volonté, c'est-à-dire si son intelligence n'est pas altérée, et s'il n'est pas aveugle, nous savons maintenant par quel mécanisme il pourra refaire l'éducation de sa coordination motrice. Qu'on se rappelle ce que nous avons dit de la méthode de rééducation des mouvements et on comprendra facilement que les exercices raisonnés et souvent répétés ont pour but de compenser par la vue et par une attention plus grande les troubles de la sensibilité musculo-articulaire. Le fait est que de lui-même et sans s'en douter, le tabétique ataxique cherche à compenser les défauts de sa sensibilité musculo-articulaire. La démarche du tabétique est tout à fait caractéristique à cet égard. Pour avoir plus de stabilité il immobilise le corps, il élargit la base de sustention, en écartant les jambes et en plaçant les pieds au dehors. Pour remédier à la mauvaise sensibilité de l'articulation du genou, il la supprime, en tendant la jambe au maximum et en avançant la jambe d'une seule pièce. Pour s'orienter dans l'espace, il est forcé de

[1] Frenkel. — *Die Therapie atact. Bewegungsstörungen.* Münch. Medic. Wochenschr., 1890, n° 52.

surveiller par la vue l'extrémité en mouvement. Pour la même raison les mouvements de l'ataxique sont de grande amplitude, car ce sont les seuls, qu'il est capable de sentir. Il lui faut aussi une grande concentration de l'attention, puisque pour arriver à coordonner les mouvements avec une sensibilité affaiblie, le cerveau devra déployer une plus grande activité.

Ainsi la méthode de traitement de Frenkel ne fait qu'aider la nature. Elle enseigne à l'ataxique, comment il doit s'y prendre pour déjouer les troubles de sa sensibilité musculo-articulaire et arriver à coordonner ses mouvements avec une sensibilité défectueuse. Les limites de l'amélioration de l'incoordination chez un tabétique par la méthode de Frenkel sont données par les troubles de la sensibilité musculo-articulaire. Mais quel que soit le degré de ces troubles une certaine amélioration de l'incoordination sera toujours possible, à condition qu'on n'institue pas le traitement en plein développement rapide de la maladie, on verra que dans les cas de tabes aigu, et dans la période d'aggravation rapide des phénomènes ataxiques la rééducation des mouvements ne doit pas être appliquée. En voici la raison : Tant que le processus tabétique est en développement rapide, le malade ne pourra pas compenser les troubles de la sensibilité, puisque ces troubles changent et s'aggravent pour ainsi dire tous les jours. Le malade est continuellement en lutte avec des nouveaux phénomènes morbides, et c'est alors que son incoordination se développe très rapidement. Mais qu'il se produise une trêve dans le processus pathologique, ou que ce processus soit très lent, ou que la maladie s'arrête définitivement, le malade s'adaptera plus facilement à ses troubles de la sensibilité musculo-articulaire, et arrivera dans l'acte de coordination à les compenser. Le résultat sera une amélioration de la coordination motrice, Mais ce n'est pas là une amélioration dans le sens d'une rétrocession des lésions anatomo-pathologiques du tabès. Ce n'est qu'une compensation devenue possible grâce à l'accalmie du processus morbide.

Tous les auteurs (Frenkel, Ostankoff) qui ont appliqué notre méthode de traitement ont constaté chez les tabétiques une certaine amélioration de la sensibilité musculo-articulaire. Cependant ce serait tout à fait faux de subordonner l'amélioration de la coordination chez les tabétiques à cette amélioration de la sensibilité. Chez nos malades nous avons toujours vu,

que la sensibilité ne s'améliorait que très tardivement, longtemps après que le malade avait déjà obtenu une très grande amélioration de ses mouvements.

Cette amélioration de la sensibilité s'explique par le fait que même dans les cas les plus avancés de tabes la sensibilité musculo-articulaire n'est jamais complètement éteinte. Elle n'est que quantitativement modifiée et peut être tellement affaiblie que le malade n'aura conscience que des mouvements de très grande amplitude, qu'on imprimera aux articulations, Les exercices de Frenkel arrivent à la longue à améliorer cette sensibilité affaiblie par le même mécanisme, par lequel la sensibilité se perfectionne chez l'homme bien portant, comme nous l'avons exposé plus haut. Comme chez l'homme bien portant, le cerveau du tabétique arrive à force d'habitude, c'est-à-dire d'exercice, à apprécier les impressions affaiblies que lui transmettent les fibres nerveuses sensitives altérées. Les exercices les yeux fermés ont précisément pour but d'améliorer la sensibilité musculo-articulaire.

V. — Analyse des observations. — Nous croyons inutile d'insister sur le diagnostic chez nos malades. Là-dessus il ne peut y avoir aucun doute : dans toutes nos observations il s'agit de tabes dorsalis le plus caractérisé. Nous voudrions seulement dire quelques mots sur des particularités symptomatiques, que nous avons eu l'occasion d'étudier sur nos malades, notamment : *la distribution inégale* des phénomènes tabétiques des deux côtés du corps, et le phénomène d'*hyperesthésie plantaire*.

Généralement, on admet que le tabes frappe les deux côtés du corps d'une façon symétrique. Le professeur Fournier [1] est le seul auteur qui à notre connaissance mentionne des cas, dans lesquels l'incoordination motrice était développée d'une façon inégale dans les deux jambes. Or, si on étudie les tabétiques de près, on peut se convaincre, que les troubles tabétiques ne se manifestent *jamais* au même degré dans les deux côtés du corps. On peut même dire plus. Dans la grande majorité des cas c'est *le côté gauche qui est plus affecté que le côté droit.* Sur nos neuf malades on n'en trouvera qu'une seule (Obs. V) chez laquelle la jambe droite était plus incoordonnée que la

[1] Fournier. — *Ataxie locomotrice d'origine syphilitique.* Paris, 1882, p. 333.

jambe gauche. Ce n'est pas seulement l'ataxie qui est plus développée à gauche.

Chez nos malades, les symptômes avec une disposition unilatérale sont situés à gauche. OBSERVATION I : paresthésies *au pied gauche* et sensation de corset à *gauche*. OBSERVATION VII : arthropathie *au genou gauche*. OBSERVATION VIII : blépharoptose à *l'œil gauche* et un certain degré d'incoordination à *la main gauche*. OBSERVATION IX : incoordination à *la main gauche*. Notre OBSERVATION II est le plus bel exemple d'un tabes avec hémiataxie. Cette hémiataxie est aussi *une gauche*.

Les cas dans lesquels le professeur Fournier a constaté de l'inégalité dans la répartition des symptômes tabétiques, avaient également le côté gauche plus affecté que le côté droit.

Le traitement des ataxiques par la méthode de Frenkel fait ressortir encore davantage l'infériorité de la jambe gauche chez le tabétique. C'est toujours celle-ci qui s'améliore le moins vite. C'est cette jambe que le malade qualifie de mauvaise. C'est la jambe gauche qui lui « refuse d'obéir ». Il nous semble qu'on pourrait expliquer cette prédominance du tabes du côté gauche du corps par ce fait, que même chez l'homme bien portant, excepté les gauchers, le côté gauche du corps est moins coordonné que le côté droit, de sorte que les mêmes lésions qui ont pour conséquence de troubler la coordination, auront plus de prise sur les organes qui déjà dans des conditions normales possèdent une coordination moindre que les organes situés à droite.

Nous avons constaté chez tous nos malades un phénomène particulier d'hyperesthésie plantaire, qui ne nous semble pas avoir jusqu'à présent attiré l'attention des cliniciens, et que nous avons appelé le *phénomène plantaire* [1]. Voici en quoi ce symptôme curieux consiste. Si on fait avec le bord de l'ongle une friction rapide le long de la plante du pied, comme on procède ordinairement pour provoquer le réflexe plantaire, cette légère friction produit chez les malades parfois une douleur tellement vive, qu'ils poussent des cris et retirent violemment la jambe. Cette sensasion se produit indépendamment de l'anes-

[1] R. Hirschberg. — *Sur un phénomène plantaire chez le tabétique* Revue de Neurologie, 1895.

thésie tactile plantaire, et elle a lieu tantôt instantanément, tantôt avec un certain retard.

Dans ce dernier cas, et s'il n'y a pas d'anesthésie tactile, le malade accuse d'abord la sensation tactile de la friction, et ce n'est que quelques instants après qu'il ressent la douleur. Toujours douloureuse, cette sensation est cependant différemment traduite par les malades. Le plus souvent c'est une « écorchure avec un instrument tranchant » ; tantôt c'est une « brûlure avec du fer rouge » tantôt c'est un « poignard qu'on enfonce dans les chairs ». Un de nos tabétiques qui avait de l'hyperesthésie au froid, disait qu'on lui enfonçait un morceau tranchant de glace dans la plante du pied. La sensation douloureuse, provoquée par la friction ne disparaît pas brusquement, mais persiste pendant quelques instants et ne s'éteint que peu à peu.

Au point de vue de l'incoordination motrice, le symptôme le plus important pour nous, on peut diviser nos malades en deux catégories : *Les impotents*, c'est-à-dire ceux qui ne marchent plus et sont confinés au lit (Obs. II, III et VI) ;

Les malades qui marchent encore, mais avec plus ou moins de difficultés, étant forcés d'être soutenus pendant la marche (les malades de nos six autres observations).

Disons tout de suite que quel que fût le degré de l'ataxie avant le traitement, tous nos malades ont été améliorés d'une façon remarquable. Dans l'Observation II l'amélioration est telle qu'on peut considérer l'ataxie chez cette malade comme complètement guérie. Il est vrai qu'au moment où nous avons entrepris le traitement, elle n'était qu'hémiataxique. Néanmoins, l'incoordination motrice était telle que la malade était incapable de se tenir debout et à plus forte raison de faire un pas. Actuellement, elle marche comme tout le monde, et fait sans appui, sans canne des longues promenades, après avoir été confinée au lit pendant six ans !

Dans l'Observation III, quoique moins brillante à première vue, l'amélioration est pourtant encore plus remarquable que dans le précédent cas, si on considère l'état d'impotence absolue dans lequel nous avons trouvé la malade. Elle était incapable de s'asseoir, ni de se retourner dans son lit. Désordre le plus complet dans les mouvements des jambes. Les deux pieds dans la position de varo-équin, et impossibilité absolue de les redresser par des contractions volontaires. Impossibilité

absolue de se tenir debout, même soutenue par deux hommes. Grâce aux exercices nous sommes arrivés à faire marcher cette malade. Il est vrai qu'il fallut pour cela presque un an de traitement, et même maintenant, elle ne peut marcher qu'en s'appuyant sur le bras de quelqu'un et sur une canne. Mais rien que le fait qu'un tel degré d'incoordination motrice peut être modifié ne prouve-t-il pas toute la valeur considérable de la méthode de Frenkel comme moyen de corriger l'ataxie des tabétiques ?

L'Observation VI, dans laquelle il s'agit également d'un tabétique presque impotent est intéressante à plusieurs points de vue. D'abord il s'agit dans ce cas d'un tabes qui a évolué très rapidement. En moins de deux ans le malade est arrivé à ne plus pouvoir marcher, ni même se tenir debout tout seul. L'âge du malade était également peu favorable pour tenter une rééducation de la coordination. Puis le malade n'a pu se soumettre à notre traitement que pendant trois semaines. Néanmoins nous avons obtenu chez lui un résultat très appréciable puisque, au moment de nous quitter, il pouvait se tenir debout tout seul, et marcher pendant quelques minutes en s'appuyant sur le bras de quelqu'un.

Tous nos autres malades, quoique fortement incoordonnés, appartiennent à la catégorie des ataxiques, qui au moment où nous avons entrepris chez eux le traitement marchaient encore. Tous ces malades ont retiré du traitement le plus grand bénéfice. Dans ce groupe nous insistons surtout sur les Observations I et VIII. Le malade de l'Observation I est parvenu à pouvoir si bien coordonner ses mouvements que sa démarche a presque complètement perdu les caractères d'une démarche pathologique. Actuellement, il sort tout seul dans les rues les plus encombrées de Paris et peut marcher pendant vingt-cinq à trente minutes sans éprouver le besoin de s'asseoir. Chose plus remarquable encore, le signe de Romberg qui était très prononcé chez lui a presque complètement disparu. Le malade peut se tenir debout et marcher les yeux fermés.

L'Observation VIII est intéressante par la gravité des phénomènes ataxiques, que le malade présentait au début du traitement, ainsi que par la rapidité avec laquelle l'incoordination motrice s'est atténuée à la suite des exercices. Après six semaines de traitement ce malade pouvait à l'aide d'une canne

circuler seul dans l'appartement, et faire des petites promenades dehors d'une durée d'une demi-heure. D'après les lettres que nous recevons de ce malade, qui habite la province, son ataxie s'améliore de plus en plus grâce aux exercices qu'il continue à faire tous les jours.

La malade de l'Observation IV mérite une place à part. Quand nous avons entrepris le traitement, elle était déjà en voie de rapide amélioration. On ne peut donc pas juger jusqu'à quel point chez cette malade notre traitement doit être incriminé dans la disparition du symptôme ataxie. En effet, cette malade a quitté l'hospice de la Salpêtrière complètement guérie de son ataxie, tout en conservant les symptômes cardinaux de tabes dorsalis. Au dire de cette malade elle s'améliorait beaucoup plus rapidement sous l'influence des exercices, qu'avant notre traitement.

Nous ne trouvons rien de particulier à relever chez nos autres malades. Ce sont des tabétiques chroniques avec ataxie moyenne. Chez tous l'incoordination motrice a été améliorée d'une façon plus ou moins considérable après un traitement d'une durée moyenne de deux mois.

Parallèlement avec l'amélioration de l'ataxie, on constate chez nos malades une certaine amélioration des troubles de la sensibilité. Cependant il faut reconnaître qu'il s'agit chez nos malades plutôt d'amélioration subjective, et qu'objectivement à part l'atténuation du signe de Romberg, on constate peu de changement dans les troubles de la sensibilité. Les douleurs fulgurantes sont favorablement influencées par les exercices. Les crises deviennent certainement plus rares et généralement moins intenses. Tous les malades affirment qu'ils sentent mieux leurs jambes, qu'ils les « perdent moins » dans le lit, que les jambes sont moins froides et moins engourdies. Les malades se plaignent moins de différentes paresthésies : sensation de bandes trop serrées, de jambes en coton, de raideur, etc. Nous n'avons jamais constaté chez nos malades à la suite de notre traitement des modifications *objectives* dans les troubles de la sensibilité cutanée. En revanche la sensibilité profonde (musculo-articulaire) est favorablement influencée par notre méthode de traitement.

Quelques-uns de nos malades sentaient certainement mieux les mouvements qu'on imprimait à leurs articulations. Cependant il serait faux de subordonner l'amélioration de l'ataxie à

l'amélioration de la sensibilité musculo-articulaire. Il y a des malades chez lesquels l'ataxie s'améliore, pendant que les troubles de la sensibilité ne subissent aucune modification (Obs. III, VI et VIII). Chez nos malades, chez lesquels nous avons observé une amélioration de la sensibilité profonde, cette amélioration n'avait lieu que très tardivement, longtemps après que l'ataxie était déjà notablement améliorée. Il n'existe donc aucune relation directe entre l'amélioration de l'ataxie et et de la sensibilité musculo-articulaire. Nous avons expliqué plus haut, comment nous comprenons le mécanisme de cette amélioration de la sensibilité profonde chez les tabétiques.

Bien que la méthode de Frenkel n'ait d'autre prétention que de corriger l'incoordination motrice chez le tabétique, il est incontestable que tous les symptômes présentés par le malade sont favorablement influencés par le traitement. L'état général devient manifestement meilleur. Les malades reprennent espoir, deviennent plus gais, se promènent plus volontiers, vaquent à leurs affaires, etc.

Certains symptômes du tabes qui ne sont nullement en relation avec l'incoordination motrice ont cependant été notablement améliorés sous l'influence de la rééducation des mouvements.

Dans l'Observation I, atténuation considérable de la sensation de constriction dans le côté gauche de la poitrine. — Observation III, atténuation des crises laryngées, qui deviennent plus rares et moins intenses. — Observations VII, VIII et IX, amélioration de l'incontinence d'urine.

Indications et contre-indications. — Il serait certainement encore prématuré de poser actuellement les indications et les contre-indications de la méthode de Frenkel. Pour pouvoir le faire d'une façon plus ou moins définitive on devrait disposer d'un nombre de cas plus considérable. Il vaut mieux être en attendant réservé à cet égard. Il y a quatre ans nous avons, dans notre travail sur le même sujet, appelé l'attention pour la première fois sur cette question si importante. L'expérience de ces dernières années nous a mieux fait connaître les indications et les contre-indications de la méthode de Frenkel. Mais nous répétons que cette question est loin d'être épuisée.

Comme dans toute méthode de traitement et peut-être même plus que dans n'importe quelle autre méthode de traitement, pour juger de sa valeur réelle, il faut choisir des cas capables

de bénéficier des bienfaits de ce traitement, et en éliminer ceux chez lesquels le traitement ne pourra avoir aucun effet ou même être dangereux.

Indications. — En faisant abstraction de tous les autres symptômes de tabes, quel que soit le degré d'incoordination tabétique on peut l'améliorer par une rééducation des mouvements. Donc le degré d'incoordination ne présente ni une indication, ni une contre-indication spéciale. Parfois même un degré moindre d'ataxie se prête moins à l'amélioration qu'une incoordination très prononcée. Tout dépendra dans ces cas de l'évolution de la maladie. Si la maladie évolue rapidement le résultat de notre traitement sera à peu près nul. Si au contraire nous nous trouvons en présence de ces cas si fréquents de tabes, qui ne se développent que très lentement, ou encore mieux si le processus morbide s'est arrêté temporairement ou définitivement, le résultat du traitement sera excellent, et peu importe alors le degré d'ataxie. Il n'y a que la durée du traitement qui sera plus longue, si l'incoordination est plus prononcée. Dans l'observation III il fallait plus d'un an de traitement pour que la malade réapprenne à marcher.

Toutes conditions égales des sujets jeunes, intelligents, avec un état général qui n'a pas trop souffert, s'amélioreront plus rapidement que des malades vieux, qui ont perdu toute énergie, qui ne sont pas capables d'un effort soutenu de volonté, qui sont d'humeur triste ou affaiblis et cachectisés par la maladie.

Le traitement par la rééducation des mouvements n'est indiqué que dans la période d'ataxie du tabes. Selon nous il n'a aucune raison d'être dans la période préataxique, car dans cette période le malade est complètement maître de tous les mouvements nécessaires pour la vie habituelle, et nous ne croyons pas que les exercices compliqués qu'on pourrait apprendre aux préataxiques les préserveraient de l'incoordination motrice. Les exercices de Frenkel n'ont qu'un but c'est de corriger l'ataxie ; par conséquent, pour profiter de ce traitement le tabétique doit être ataxique. Tout à l'heure nous verrons qu'il y a même des tabétiques chez lesquels la méthode de Frenkel doit être formellement interdite dans la période préataxique.

Contre-indications. — En thèse générale, la méthode de Frenkel sera contre-indiquée chez tout malade auquel les exercices physiques violents sont nuisibles. Par conséquent les

tabétiques-ataxiques avec un mauvais état général ou atteints de maladies organiques graves ne pourront pas profiter de ce traitement. C'est surtout chez les cardiaques que ce traitement sera interdit. On sait avec quelle fréquence on rencontre chez les tabétiques des vices du cœur. Il ne faut donc jamais négliger d'examiner soigneusement le cœur des tabétiques qu'on veut soumettre au traitement de Frenkel.

Parmi les troubles propres au tabes qui défendent le traitement de Frenkel nous devons placer en première ligne les lésions articulaires. Nous avons publié l'histoire d'un tabétique qui s'est arraché pendant les exercices les ligaments croisés d'un genou fortement recourbé (genu recurvatum). On a vu dans notre OBSERVATION VII un degré insignifiant d'arthropathie s'aggraver considérablement au point de rendre la marche impossible à la suite de notre traitement. *Les troubles articulaires forment donc une contre-indication absolue du traitement de Frenkel.* La *fragilité des os* serait également une contre-indication de notre traitement.

Les *tabétiques aveugles* ne pourront pas être soumis à notre traitement. Nous avons vu plus haut de quelle importance est le concours de la vue dans la rééducation des mouvements. On comprendra ainsi facilement pourquoi les aveugles en seront exclus. De même les tabétiques atteints de troubles psychiques n'arriveront pas à corriger leur ataxie par la méthode de Frenkel, car le concours de l'intelligence et de la volonté du malade est indispensable pour la réussite du traitement.

Dans le tabes à évolution aiguë, trop rapide la rééducation des mouvements n'est d'aucune utilité. Si on se trouve en présence d'un pareil cas, on fera mieux d'attendre. On ne devra commencer les exercices que quand la maladie sera arrivée à la période d'état ou de progrès lent, chronique. En effet nos exercices ont pour but de compenser les troubles de la sensibilité musculo-articulaire et cutanée pour que le malade puisse coordonner ses mouvements avec le concours d'une sensibilité défectueuse. Or si la sensibilité s'aggrave tous les jours, comme c'est le cas dans le tabes à marche rapide, comment le malade pourra-t-il arriver à s'adapter à ces troubles, qui ne restent pas constants. Il s'épuisera inutilement dans la lutte sans pouvoir arriver à coordonner ses mouvements. Même dans le tabes chronique à évolution lente, l'aggravation se fait souvent par des poussées. En examinant les malades pendant ces poussées

on constate toujours une aggravation de la sensibilité musculo-articulaire. Nous conseillons donc de s'abstenir de tout exercice, même de la marche, pendant ces périodes. On fera mieux de laisser reposer les malades. Au bout de quelques jours de repos on pourra reprendre les exercices et le malade s'adaptera très vite à ses nouveaux troubles de la sensibilité.

Nous avons dit plus haut que dans la période préataxique notre traitement n'est d'aucune utilité. Puisque nous sommes au chapitre des contre-indications, nous devons mentionner qu'il y a des tabétiques préataxiques chez lesquels les exercices pourraient être nuisibles. Ce sont ces tabétiques avec des paresthésies pénibles et de l'hyperesthésie musculaire. Contrairement à la période ataxique pendant laquelle les malades ont souvent de l'anesthésie à la fatigue musculaire, ces préataxiques se sentent épuisés et courbaturés après le moindre effort musculaire, ils se sentent lourds, les jambes en plomb, ils accusent des contractions et des crampes. Chez cette catégorie des tabétiques-préataxiques nous jugeons la méthode de Frenkel non seulement indifférente, mais directement nuisible, car les exercices exténuent les malades sans aucune utilité pour eux.

Observation I. — *Tabes dorsalis. Développement rapide de l'ataxie. Amélioration considérable de l'incoordination après trois mois de traitement.*

O. R... âgé de quarante-trois ans, négociant. Le père est mort à soixante-cinq ans d'une maladie de cœur, la mère est morte à l'âge de cinquante-sept ans d'une apoplexie foudroyante. Un des frères du malade est atteint d'une myélite syphilitique. Les autres frères sont arthritiques, mais bien portants.

Antécédents personnels. — Le malade était toujours d'une excellente santé et n'a jamais fait de maladie grave. A l'âge de dix-huit ans, il a eu un bouton sur la verge (chancre ?), qu'il n'a pas fait soigner et qui a disparu au bout de quelques jours. Jamais d'accident secondaires, ni tertiaires. Marié depuis dix ans. Quelque temps après le mariage, sa femme fit une fausse couche de six semaines. Elle a eu depuis trois enfants, dont deux sont morts en bas âge d'affections pulmonaires.

Début du tabes. — A l'âge de vingt-cinq ans, le malade avait des douleurs insignifiantes aux extrémités inférieures, qui avaient le caractère des douleurs fulgurantes. Ces douleurs, peu gênantes d'ailleurs, qu'il attribuait au rhumatisme, se répétaient de temps en temps jusqu'à l'âge de trente-neuf ans. A cette époque à la

suite d'un grand chagrin et d'un surmenage physique (le malade veillait son enfant malade pendant une dizaine de nuits) une forte crise de douleurs fulgurantes dans les jambes éclata. Le professeur Germain Sée diagnostiqua tabes dorsalis malgré l'absence à cette époque du signe de Westphal. Il conseilla des douches froides et de l'antipyrine à haute dose (le malade a absorbé en un mois 80 grammes d'antipyrine). A la suite de ce traitement les douleurs fulgurantes ne se montrèrent plus pendant trois ans.

En juin 1892 sensation de cuirasse qui lui serre la poitrine principalement du côté *gauche*. En juillet de la même année, le malade s'est aperçu qu'en descendant une côte il ne pouvait pas modérer ses mouvements. Au mois d'août de la même année il marchait déjà très difficilement en s'appuyant sur une canne. Les jambes étaient lourdes et le pied *gauche* lui semblait être enserré dans un étau. A cette époque la digestion se faisait mal et le malade avait très mauvaise mine. En octobre 1892, il fait une cure à la Malou, qui ne lui procure aucun soulagement. On lui fait ensuite pendant dix-huit mois des injections hypodermiques avec de l'extrait testiculaire. Elles n'ont aucune influence sur ses jambes, dont l'incoordination s'aggrave de plus en plus. Au dire du malade et de son entourage l'état général s'est sensiblement amélioré à la suite de ce traitement. En août 1893, le malade fait à Aix-la-Chapelle une cure antisyphilitique mixte et intense d'une durée d'un mois. Cette cure reste sans aucune influence sur les symptômes de tabes.

Le malade n'a jamais eu de diplopie, ni de blépharoptose. A aucun moment de sa maladie, il n'a eu aucun trouble du côté de la vessie, ni du rectum. Il n'a jamais eu non plus de l'impuissance génésique.

Etat actuel (5 janvier 1894). — Le malade est de haute taille, robuste, bien musclé. Il a toutes les apparences d'une parfaite santé. Très intelligent. Humeur calme et égale. Il a seulement souvent des idées noires et envisage tristement son avenir.

Rien d'anormal dans la conformation de la tête. Le malade ne présente aucun stigmate physique de dégénérescence. Il n'y a pas de blépharoptose. Les pupilles sont moyennement et également dilatées des deux côtés. Elles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Il n'y a ni strabisme, ni diplopie, ni nystagmus. Le malade distingue bien les couleurs. Son acuité visuelle est bonne. Du côté de l'ouïe, du goût de l'odorat, de la langue, des dents rien de particulier.

Extrémités supérieures. — Un peu d'ankylose à l'articulation scapulo-humérale droite qui date de l'enfance. Au reste rien d'anormal ni dans la sensibilité, ni dans la motilité des membres supérieurs.

Au tronc il est à noter une sensation très pénible de constriction

dans la région thoracique *gauche*. — Aucun trouble du côté de la *vessie*, ni *du rectum*. Pas d'impuissance génésique. Le *réflexe scrotal* est vif des deux côtés.

Extrémités inférieures. — Le *réflexe rotulien* est aboli des deux côtés, ainsi que le réflexe plantaire.

Sensibilité. — Le sens du toucher est aboli à la plante des deux pieds, sur le reste des extrémités le malade sent et localise bien le moindre frôlement de la peau. — Retard dans la perception de la douleur aux plantes des pieds. Ce retard existe, quoique moins prononcé jusqu'aux genoux. Au-dessus des genoux, il n'y a plus de retard. — Les différences de température (le chaud et le froid) sont bien distinguées. Il y a un peu d'hyperesthésie au froid.

Phénomène plantaire. — Le passage rapide avec l'ongle du pouce le long de la plante des pieds provoque une douleur vive, qui arrache un cri au malade. Cette douleur persiste pendant un certain temps.

La *sensibilité profonde* (articulaire musculaire) est très troublée dans toutes les articulations des extrémités inférieures. Les yeux fermés, le malade ne reconnaît pas la position qu'on donne à ses pieds et aux jambes. Dans les articulations des genoux et des hanches il ne sent que les grands mouvements.

Incoordination motrice. — Le malade exécute assez bien les mouvements au lit. Il se lève sans trop de difficultés d'un siège. Il ne peut pas se lever ayant les pieds joints.

Debout. — Quand le malade est debout ses pieds sont agités par des mouvements continuels. Il ne peut pas se tenir debout les pieds joints. Il ne peut pas non plus se tenir sur une seule jambe. Aussitôt qu'il ferme les yeux, il chancelle et tombe.

Locomotion. — Le malade n'a pas la démarche classique de l'ataxique. Il ne frappe pas le sol avec le talon, il ne déplace pas non plus la jambe d'une seule pièce. Il a plutôt la démarche titubante, peu sûre. Il place le pied avec précaution, comme s'il marchait sur de la glace. Le moindre obstacle le fait trébucher. Après avoir marché pendant quelques minutes, les jambes deviennent lourdes, et il a toutes les peines du monde à se traîner. Dans la rue, il doit donner le bras à quelqu'un et s'appuyer sur une canne. Ainsi soutenu, il peut parcourir un demi-kilomètre et après il est forcé de se reposer. Même dans son appartement il se sert d'une canne pour marcher. La *jambe gauche* a tous les mouvements plus incoordonnés que la droite.

Le malade a de temps en temps des douleurs fulgurantes aux pieds et dans les jambes. La crise dure parfois plusieurs jours et empêche le malade de dormir. La phénacétine calme les douleurs. Rien d'anormal aux organes internes. L'appétit et le sommeil sont bons.

Commencement du traitement le 5 *janvier* 1894. — Pendant un

mois nous avons fait faire au malade des exercices tous les jours, et ensuite pendant six mois nous avons eu des séances ensemble trois fois par semaine. Le malade faisait cependant tous les jours les exercices. Après trois mois de traitement, l'amélioration était telle qu'il n'existait presque plus d'incoordination motrice. Le malade sortait seul avec une canne et faisait plusieurs kilomètres par jour. La démarche est devenue régulière et sûre. Quand on le voyait marcher, on ne se serait pas douté que cet homme était atteint de tabes dorsalis.

Il a appris à faire correctement tous les exercices, même les plus difficiles (se tenir sur une jambe, marcher sur la pointe des pieds, marcher à reculons, marcher les genoux fléchis, etc.). Le signe de Romberg s'est atténué à un tel point, que le malade peut rester debout les yeux fermés et même les pieds joints. Il peut marcher les yeux fermés et dans l'obscurité. Le seul exercice qu'il n'a pas pu apprendre c'est la course. Le malade ne peut toujours pas courir. Les douleurs fulgurantes se montrent moins souvent et sont beaucoup moins intenses. Le malade souffre également moins de sa cuirasse. La sensibilité profonde (musculo-articulaire) s'est beaucoup améliorée quoique plus lentement que l'incoordination motrice. Nous n'avons constaté cette amélioration qu'au bout de six mois de traitement.

Le malade, ayant les yeux fermés, sent maintenant parfaitement les moindres mouvement, qu'on imprime aux genoux et aux articulations coxo-fémorales. Seuls les troubles dans les articulations des pieds n'ont pas bougé.

Nous avons revu le malade le 8 avril 1896 et nous avons constaté que l'amélioration s'est maintenue. Il n'est survenu aucun nouveau symptôme de tabes. Il y a toujours de l'insensibilité motrice dans les articulations des pieds. Le malade nous dit y qu'il a des jours où il marche moins bien, mais en général l'amélioration obtenue l'année dernière s'est même, à son avis, accentuée.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS.

DEUX OBSERVATIONS DE TROUBLES VASO-MOTEURS D'ORIGINE HYSTÉRIQUE;

Par MARCEL MANHEIMER,
Interne des Asiles de la Seine.

Les deux observations qui suivent de troubles vaso-moteurs d'origine hystérique ont été tout récemment recueillies à l'asile Sainte-Anne, sous l'inspiration de notre éminent et très honoré maître, M. le Dr Magnan. Elles concernent, l'une, un œdème angio-neurotique de la main; l'autre, des crises de frissons et d'horripilations, avec dermographisme.

L'œdème, qui fait le sujet de notre première observation, est cet œdème bleu de Charcot qui envahit le plus souvent un membre déjà paralysé ou contracturé, et offre, outre sa coloration spéciale, une consistance dure, élastique, gardant mal l'empreinte du doigt. Nous allons retrouver tous ces caractères, aujourd'hui classiques, avec quelques variations et migrations intéressantes. A rapprocher une des observations de E. Wils et D. Cooper [1], et surtout une de Higier [2].

Juliette L..., vingt-sept ans, élevée dès l'âge de quatre ans aux Enfants-Assistés, prétend avoir des crises nerveuses depuis l'âge de dix ans. Elle entre en 1890 dans le service de Charcot, qui observe sur elle l'œdème bleu, décrit par lui chez d'autres malades quelque temps auparavant. Elle passe de là dans le service de M. Jules Voisin, y reste deux ans et demi, est transférée à l'asile de Prémontré, puis retourne chez elle à Brancourt (Aisne), où elle passe trois mois, dit-elle, sans attaque. Mais à la suite d'une chute, l'état nerveux devient plus accentué encore, les crises recommencent. En novembre 1895 la malade réapparaît à la Salpêtrière, chez M. Raymond où les crises se chiffrent par 3 environ par semaine, et, le

[1] E. Wils et D. Cooper. — *Brain*, 1893.

[2] Higier. — *Skt-Pétersburg's Wochenschrift*, 1894.

7 février 1896, elle entre à l'asile Sainte-Anne, service de l'Admission.

De taille moyenne, brune, elle est bien constituée, et présente quelques-uns des stigmates physiques ordinaires de dégénérescence. Légère asymétrie faciale, rétrécissement de la voûte palatine, mâchoire inférieure carrée, dents légèrement crénelées, développement du tubercule de Darwin à droite, adhérence du lobule auriculaire des deux côtés.

Ordinairement calme, la malade est, à certains moments particulièrement excitée. Elle a même été renvoyée de la Salpêtrière comme « dangereuse dans une salle de malades ».

En effet, dès les premiers jours, nous la voyons, vieille habituée des hôpitaux, attirer l'attention sur elle par des crises de grande hystérie, avec contorsions, grands mouvements de flexion et d'extension du tronc, vociférations, puis phase de somnambulisme, avec hallucinations visuelles. Les crises se répètent à des intervalles irréguliers, mais de plus en plus rares à mesure que se prolonge le séjour à l'asile. Les contrariétés, la crainte des douches, la suggestion, agissent puissamment sur leur production.

Caractère bizarre, mobile ; très peureuse, très émotive. Efforts d'attention pénibles. Assez coquette, prétend qu'elle n'a que vingt-trois ans. Perte fréquente de la mémoire, d'un moment à l'autre. Aurait eu autrefois, — M. Janet a bien voulu nous renseigner sur ce point, — des bouffées de délire mélancolique pendant lesquelles le gavage à la sonde aurait été nécessaire.

Amyosthénie généralisée. Parésie flasque des muscles fléchisseurs et extenseurs des mains, qui ne peuvent ni l'une ni l'autre déplacer l'aiguille du dynamomètre. De plus, contracture passagère par intervalles, des fléchisseurs de la main gauche. Un tremblement généralisé à petites oscillations, et d'ailleurs à rythme variable, apparaît à certains moments (émotions, recherches médicales prolongées).

Anesthésie à distribution très irrégulière : tout le côté gauche, et le membre supérieur droit, en manche de veste. En arrière ne persiste que la sensibilité du rachis et de la face postérieure de la cuisse droite. Hyperesthésie ovarienne des deux côtés ; hyperesthésie rotulienne aussi des deux côtés. Autres points hystérogènes sur le dos de la main gauche et au niveau de la pointe du cœur. Anesthésie pharyngée. Parésie du droit externe gauche, hypéresthésie rétinienne. A l'ophtalmoscope, papille normale. Rétrécissement du champ visuel. Les tracés pris à l'appareil enregistreur montrent un rythme respiratoire normal. Au moment du rire, assez fréquent, l'inspiration devient fortement bruyante et d'un timbre rauque tout spécial. Pouls et température normaux. Urine de quantité normal, non albumineuse. — Transpiration accentuée à l'aisselle droite. La chemise est parfois absolument trempée.

Description de la main malade. — On est, dès le premier abord, frappé par l'œdème très prononcé de la main gauche, que la malade nous montre en la soulevant de l'autre main, restée seule potente. La main est en continuation rectiligne avec l'avant-bras, qui, lui, est en pronation légère. Tout mouvement qui tendrait à l'extension de l'articulation du poignet est possible, mais très douloureux. La main est prise en entier, de 5 centimètres au-dessus du pli radio-carpien à l'extrémité des doigts. Ceux-ci tuméfiés, sont raidis, les phalanges en extension, les extrémités légèrement recourbées vers la paume. De plus ils se tiennent quelque peu éloignés les uns des autres. Le pouce, également éloigné des autres doigts, et en légère flexion, regarde la face palmaire.

L'œdème est dur. Le doigt donne sans doute une empreinte, et une teinte blanche, mais l'une et l'autre disparaissent quelques secondes après, 7 environ, sans laisser de traces. La coloration de la peau est à peu près normale, avec marbrures rosées.

L'œdème n'est pas assez circonscrit au pourtour des articulations pour qu'on puisse penser à un rhumatisme articulaire. L'immobilité, la raideur de la main tout entière donneraient plutôt l'impression du phlegmon profond, et ce qui prête surtout à l'illusion, c'est la prédominance de l'œdème sur la face dorsale. Là même, se prolongeant sur l'avant-bras, se voit une forte cicatrice, répondant à peu près à la ligne médiane du membre, d'une longueur de 9 centimètres et de 7 millimètres environ dans sa plus grande largeur. C'est la trace de l'incision qu'avait pratiquée, en 1889, un chirurgien, dans ce pseudo-phlegmon, et d'où du sang pur s'était seul écoulé. D'ailleurs maintenant les piqûres ne laissent sourdre que du sang noir. — La face palmaire est également enflée, car les plis digitopalmaires et digitaux forment comme autant de brides entre lesquelles la peau bombe fortement.

La main est le siège d'une douleur vague, qui n'est plutôt qu'une gêne, une pesanteur désagréable. La malade se plaint « qu'elle lui fait mal au cœur » et empêche tout sommeil, ce qui est d'une singulière exagération. Et cependant l'anesthésie y est complète, les sensibilités à la pression, à la douleur, aux variations de température étant totalement abolies. Un courant galvanique, de même sens et de même intensité, est beaucoup plus vivement ressenti du côté droit.

Quelques jours après, la main ne désenflant pas, nous l'examinons après une exposition au froid un peu prolongée. L'œdème présente alors une teinte générale nettement rosée, tachetée, au milieu à peu près de la face dorsale, d'un piqueté rougeâtre. Les doigts, toujours tuméfiés, sont d'un rouge accentué. Pas de changement de consistance. La blancheur à la pression s'efface aussitôt. — D'autre part, une compression assez forte par un bandage très serré, au pli du coude, donne, au bout de quatre minutes

nviron, une cyanose accentuée de la main et de l'avant-bras. La oloration générale est alors d'un violet pâle, avec, par endroits, des lots arrondis, les uns d'un rose brique, les autres bleutés, dessinant insi des marbrures de nuances diverses. La circonférence de la nain a augmenté encore d'un centimètre. Sensation de fourmille- nents, de lourdeur. Aucun changement d'attitude. — Enfin l'élé- ation de la main, maintenue un certain temps, produit sur l'avant- ras et principalement sur la face antérieure les mêmes taches ouges brique, sur fond légèrement cyanosé. L'expérience est nterrompue au bout d'un quart d'heure, la malade accusant une ensation de malaise cardiaque « une boule dans le sein gauche » t étant prise d'éructations, ce qui lui arrive d'ailleurs assez sou- ent par accès. A ce moment la température locale s'est abaissée e 0°,8.

Mais la couleur rosée n'est pas la seule que puisse revêtir sponta- iément la main œdématiée. Ayant en effet un matin, demandé à a malade, au cours du sommeil provoqué, si la main n'avait pas té d'un bleu plus net, nous ne sommes pas peu surpris de voir, lans la journée même, apparaître cet œdème en l'espace de très eu de temps, toujours à la main gauche. Enflée comme à l'ordi- iaire, elle présente alors une teinte générale bleu violacée, avec narbrures de nuances plus foncées qui remonte un peu au-dessus lu pli radio-carpien, s'accuse au niveau de la face dorsale des arti- ulations métacarpo-phalangiennes, et s'atténue sur les doigts, égèrement rosés au contraire. De-ci de-là, des taches d'un rouge rique dont la teinte se fond graduellement avec les parties envi- onnantes. La cyanose, très nette également sur la face palmaire, emonte même sur la face antérieure de l'avant-bras. Une pres- ion de 10 au sphygmomètre de Chéron donne une tache blanche ui disparaît quatre secondes après. A ce moment une pression de e genre sur la face dorsale provoque aussitôt la contracture des léchisseurs des doigts.

Deux heures après environ, la teinte bleue violacée vire au lilas, t l'œdème disparaît, un peu plus tard, presque complètement. Mais la main, même désenflée, présente un aspect spécial : elle est ouvent de coloration grisâtre, d'un gris lilas, surtout prononcé à a base des doigts et, de plus, le centre de la face dorsale forme ine saillie arrondie d'œdème, d'empâtement chronique de la limension d'une pièce de 5 francs, dont l'aspect lisse, la teinte lanc rosé, la consistance dure sont invariables. Les contours de ette petite éminence se fondent avec les parties voisines. Il y a là in point extrêmement douloureux à la pression. Les doigts, à nusculature atrophiée, sont amincis.

En résumé, nous avons eu l'occasion d'observer : 1° l'état normal, avec cependant persistance de cet épaississement

central ; 2° l'œdème avec coloration ordinaire de la peau, ou plutôt coloration rosée ; 3° l'œdème violacé (œdème caméléonien de Higier). — L'apparition de chacune de ces formes s'accompagnerait, au dire de la malade, d'une sensation spéciale : dans le cas d'œdème rosé, des fourmillements des doigts ; dans le cas d'œdème bleu, des élancements, particulièrement aux mains, et semblant provenir du pli du coude (?). C'est, ordinairement, une sensation de chaleur qu'on retrouve dans le premier cas, et de froid dans le second.

Voici d'ailleurs la succession de ces différentes phases pendant une période d'observation de douze jours.

27 *avril*. — Une attaque, à la suite de laquelle la main commence à enfler. Le massage, régulièrement pratiqué, n'empêche pas le gonflement, qui, le 27 au soir, est bien accentué. Un ruban métrique, faisant le tour de la main, et placé transversalement, au niveau du pli d'opposition du pouce, donne 22 centimètres, alors que, du côté sain, on n'obtient que 19 centimètres. Coloration normale, légèrement rosée. Température de la main gauche, 24°,2 ; de la main droite, 29°,2. — De chaque côté, au niveau de la queue du sourcil, une plaque d'œdème assez régulièrement arrondie (3 centimètres transversalement, 3 centimètres et demi en largeur) et de coloration normale. — La malade, triste, maussade, s'est impatientée toute la journée, invectivant infirmières et malades. Sitôt qu'on s'occupe d'elle, tout cesse comme par enchantement.

28. — La main est toujours œdématiée, et présente les mêmes dimensions que la veille. Sur la large bande rosée ; cicatricielle, signalée plus haut, 8 ou 9 petites plaies elliptiques, transversales et de la largeur même de la bande, encore toutes saignantes. La malade se serait, la veille, fait frotter la main ave: une telle vigueur que « la peau en aurait craqué ». Les mouvements bien restreints cependant de la main ont déterminé la forme de ces petites plaies. — T. G. 21°,3 ; T. D., 25°,2.

29. — L'œdème commence à diminuer légèrement. — T. G. 19°,6 ; T. D., 26°,4.

30. — A 10 heures du matin, la main est totalement désenflée, et la malade commence à pouvoir coudre. Néanmoins la préhension de certains objets présente des difficultés : il y a toujours, nous l'avons dit, de la parésie et des fléchisseurs et des extenseurs. — Dans la journée : T. G. 27°,8 ; T. D., 28°,7.

1er *mai*. — Une attaque, après laquelle la main gauche est très peu enflée, sauf l'empâtement central mentionné plus haut, qui persiste toujours. Mais il y a eu transfert, et c'est à la main droite d'être maintenant tuméfiée, rosée, vaguement douloureuse. Les doigts sont gros, rouges, totalement raidis. La flexion ou l'exten-

sion du poignet, très douloureuses, sont très difficiles à réaliser. Anesthésie complète du membre. — Dimensions : G, 19; D. 21 1/2. — T. G. 26°,5 ; T. D., 25°,6. — Ce transfert, survenu sans suggestion préalable, s'est, au dire de la malade, produit déjà une fois à la Salpêtrière.

La compression au pli du coude, l'élévation du membre donnent, au bout de trois à quatre minutes, les mêmes signes physiques et fonctionnels observés à gauche, quelques jours auparavant, dans les mêmes conditions.

2. — Rien de particulier à gauche. A droite, l'œdème est un peu plus accentué. D = 22. Douleurs vagues à la face palmaire du bout des doigts. Sensation de froid telle que la malade expose sa main au soleil durant toute la journée. — T. G. 24° ; T. D. 27°.

3. — A gauche, rien de changé. A droite, on trouve toujours D = 21 1/2. — T. G. 25°,2 ; T. D. 25°,6. — Apparition des règles.

4. — Le matin, la malade refuse de se laisser masser la main, crie, trépigne. Quelques heures après, la main droite, complètement désenflée, présente sa teinte ordinaire, sauf une teinte légèrement violacée au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du troisième doigt. Mouvements normaux. T. G. 24°,6 ; T. D. 25°,6.

5. — La malade, après avoir ressenti des picotements sur le front, au niveau des sourcils et des paupières, présente subitement une tuméfaction douloureuse au palper de certaines régions de la face, ce qui lui donne une physionomie bizarre, la rend tout à fait méconnaissable. C'est, sur le front, un œdème rigoureusement médian, de forme régulièrement arrondie. Ce sont les sourcils devenus de nouveau œdématiés, dans toute leur partie externe ; ce sont les plis naso-géniens, qui sont effacés, les joues qui sont bouffies, la lèvre supérieure enfin, qui, fortement tuméfiée, s'avance de 1 centimètres et demi environ au-devant du niveau de la lèvre inférieure. La mastication et surtout la parole sont difficiles. La prononciation est tout à fait viciée. La malade très irritable pleure, répète qu'elle ne guérira pas, etc. — T. G. 28°,1 ; T. D. 26°. — Température du sourcil : 30°,3.

Les zones anesthésiques présentent leur ordinaire disposition, si ce n'est que, au membre supérieur gauche, l'anesthésie en manche de veste s'est réduite en une anesthésie en gant, la sensibilité reparaissant au-dessus du poignet.

Le soir, apparition d'une plaque d'œdème blanc, très légèrement rosée, au-dessus de l'arcade crurale gauche, au niveau du canal inguinal. Douleur excessive à la pression, alors que la région symétrique, du côté sain, est absolument indolore.

6. — Le matin, la malade est endormie par l'occlusion des paupières et le commandement. On lui suggère d'être désenflée au réveil. Dans la journée, la face redevient normale, à l'exception

d'une légère bouffissure qui persiste à la queue du sourcil, de chaque côté. — T. G. 29°,5 ; T. D. 31°,2.

Une légère pression exercée, pour en évacuer le pus, sur un petit furoncle de la face externe du bras droit, provoque une large plaque d'urticaire douloureux, cuisante comme une aiguille, et qui disparaît quelques heures après.

7. — La joue est tuméfiée, particulièrement au niveau de l'angle de la mâchoire, si bien qu'il semblerait, à première vue, qu'il y a une double adénopathie sous-maxillaire, surtout prononcée du côté droit. La bouche s'ouvre normalement, mais les mouvements de mastication sont considérablement gênés. Les mouvements de diduction et antéro-postérieurs du maxillaire inférieur sont douloureux ainsi que les mouvements de haut en bas, particulièrement à droite. La malade serre moins facilement les dents de ce côté. — T. G. 23°,4 : T. D., 26°,8. — Les mains sont moites ; la gauche est très particulièrement mouillée de sueurs. — Les traces d'œdème persistent toujours aux sourcils.

8. — La malade, ayant entendu dire qu'on la photographierait aujourd'hui, se trouve subitement enfler de la main gauche (œdème blanc rosé), et de la face.

9. — 2 attaques convulsives de suite, après lesquelles la main gauche est presque désenflée. D = 20 1/2. — T. G. 29°,6 ; T. D., 30°,8. — L'œdème persiste aux sourcils, la température y est de 33°,3.

Dans la journée, à 4 heures, apparition, nous ne savons en l'espace de combien de temps de l'œdème cyanotique typique toujours à la main gauche, et se prolongeant sur une partie de la face antérieure de l'avant-bras.

10. — Il a de lui-même complètement disparu.

Notons que ces œdèmes blancs, en îlots, se sont accompagnés, comme ceux des mains, de paralysie des muscles sous-jacents (difficultés de la mastication, de la déglutition, etc.).

S'il n'y a pas lieu d'insister sur le diagnostic — aujourd'hui banal — de l'œdème bleu avec le *phlegmon*, puisque, dit Thibierge, il « suffit d'avoir lu la description de Charcot pour le reconnaître à première vue et à distance », il n'en est pas de même de ces œdèmes blancs, multiples, à répétition. On ne pourrait guère les confondre, il est vrai, qu'avec les *œdèmes aigus* de Quincke. On se basera, pour ces derniers, sur le rapport de la température avec leur apparition, les antécédents rhumatismaux, l'absence d'accidents hystériques. Encore ceux-ci ont-ils été notés dans un certain nombre d'observations, et auraient-ils pu, pour quelques auteurs, être notés dans toutes, s'ils avaient été suffisamment recherchés. — Les œdèmes hysté-

riques peuvent être produits et guéris par l'hypnose. Nous venons même de les voir suscités par la simple suggestion verbale, chez une personne, il est vrai, éminemment suggestionnable, et depuis longtemps familiarisée avec la plupart des procédés de recherche médicaux. A ce point même que l'on pourrait penser — tout phénomène subconscient mis à part — à une véritable *simulation* chez un sujet très enclin à se rendre intéressant, s'il était possible, — pour un prédisposé naturellement,—de susciter artificiellement, en un temps relativement court, un œdème par friction, pression, ou quelque autre procédé. Le champ est si vaste des simulations hystériques!

La pathogénie de l'œdème bleu est encore moins élucidée. M. Alélékoff l'a étudiée ici même[1]. La vaso-motricité artérielle, la vaso-motricité veineuse[2], la transsudation séreuse sont les trois facteurs peut-être indépendants les uns des autres[3], dont les combinaisons diverses donnent, soit la syncope blanche, soit la cyanose simple, soit la cyanose avec œdème. Pour ce dernier cas, on ne peut que se rallier à l'opinion d'Alélékoff. Le spasme des vaisseaux produit une gêne de la circulation dans les artères comme dans les veines, et la transsudation suit la stase sanguine, ce que favorise l'immobilité du membre parésié ou contracturé. Nous pensons en outre que, à la distension des capillaires dans l'œdème de teinte blanc mat, ou normale, ou rosée, vient surtout s'ajouter la vaso-dilatation des veinules dans l'œdème bleu proprement dit. Les placards violacés et rougeâtres signalés plus haut, et que nous avons retrouvés également prononcés dans maints œdèmes de mélancoliques, n'indiquent sans doute qu'une différence de degré dans cette vaso-dilatation.

Pour ce qui est du spasme artériel, nous avons pu, en effet, avec le sphygmométrographe de Philadelphien, constater une forte hypertension à la radiale. Tandis que, du côté sain, l'écrasement complet de l'artère est obtenu avec une pression de 12c de mercure, et le maximum d'amplitude de la pulsation avec une pression de 8, sur la main enflée il faut une pression de 17 dans le premier cas, et de 14 dans le second. La ligne d'ascension est alors très courte, dicrotisme nul, ligne de des-

[1] A. Alélékoff. — *Archives de Neurologie*, mai 1896.
[2] Ranvier. — *Compte rendu de l'Académie des Sciences*, janvier 1895.
[3] Roger et Josué. — *Société de biologie*, juillet 1895.

cente très allongée. A droite, la forme de la pulsation est normale. A ce moment P = 84. — Nous avons obtenu les mêmes résultats quelle que fût la coloration de l'œdème.

D'autre part, la stase capillaire doit amener un notable refroidissement local, le rayonnement de la main étant considérable par rapport à sa masse, et le tissu adipeux sous-cutané peu abondant, dans le cas particulier. Les mensurations de la température locale, faites chaque jour sur la face dorsale, nous ont donné les résultats suivants : quand la main gauche est désenflée, elle peut présenter, comparativement avec la main droite, une différence de 1 à 2° en plus ou en moins. Quand elle s'œdématie, la différence, toujours en moins, peut varier de 1 à 7°, l'écart étant d'autant plus considérable que la température extérieure est plus basse. Lors de la crise d'œdème à la main droite, il y a eu d'abord abaissemeut de 1° par rapport à la gauche, restée normale, et, le lendemain, reprise de la température ordinaire. Il ne nous a pas été donné d'observer les relations de ces températures locales avec la température générale, la malade étant restée apyrétique. Quant à l'élévation physiologique de la température vespérale, elle tendrait plutôt à atténuer les différences.

	MAIN DROITE	MAIN GAUCHE (enflée)
Midi.	30	28,5
2 heures.	26	24
4 heures.	26,4	22,2
6 heures.	28,2	25,2
8 heures.	32	31,2

*
* *

A côté de cette observation d'œdèmes circonscrits, en voici une de troubles angioneurotiques d'un autre ordre, de dermographisme, assez fréquent à la vérité, mais associé à des troubles folliculo-moteurs plus rares.

Emile L..., journalier, vingt-huit ans.

Antécédents héréditaires. — Père, mort ? La mère est bien portante, n'a pas de crise de nerfs. Il a eu sept frères ou sœurs; deux sœurs et un frère sont morts, ce dernier fortement alcoolique ? Une sœur bien portante et onze enfants vivants. Une dernière sœur enfin, hémiplégique du côté droit, suite de couches, est morte poitrinaire, laissant quatre enfants, dont deux ont succombé à la

néningite, un est enfermé à l'asile de Vaucluse et un dernier, de ept ans, est scrofuleux.

Antécédents personnels. — Aurait eu une première crise déli-ante dès l'âge de sept ans ; ces crises seraient devenues de plus n plus fréquentes, de plus en plus graves, et maintenant le nalade devient, dans ces accès, fort dangereux, brise tout ce qui ui tombe sous la main. Entré à la Salpêtrière en 1889-1890, puis l'Asile clinique (25 juin 1890) avec le diagnostic suivant : *Dégéné-rescence mentale avec attaques hystéro-épileptiques graves, suivies de roubles intellectuels et d'actes violents et automatiques. Points hysté-rogènes.* Relâché de Bicêtre, il reparaît une seconde fois à l'Asile linique le 16 juin 1892 pour son excitation et ses impulsions au noment de ses paroxysmes convulsifs, puis une troisième fois le 5 juillet 1893, sa mère réclamant son internement. Transféré à Ville-Évrard, il en sort le 25 mars 1894, n'ayant plus de crises depuis six nois. Ebauche d'attaque le 25 mai. Attaque complète le 18 juin, à a suite de laquelle, sommé par un agent de la sûreté de l'aider à l'arrestation d'un voleur armé d'un revolver, il parvient bien à s'emparer de l'arme, mais en échange assène à l'agent un violent coup de poing. Traduit en justice, il est déclaré irresponsable sur le rapport de M. le Dr Vallon, et du coup reparaît dans les asiles, où nous le retrouvons (mai 1893) en pleine dépression mélancolique, après une série d'accès. Enfin le 3 mars 1896, dans l'impuissance d'exercer quelque profession que ce soit, et d'ailleurs d'un caractère très mobile, trop aisément excitable, et sans nul esprit de suite, il reprend de lui-même le chemin de l'Asile clinique, escomptant sans doute son transfert à Ville-Evrard, dont il paraît apprécier le séjour tout particulièrement.

Etat actuel. — C'est un homme de forte taille, bien musclé, brun, à traits plutôt réguliers. Dents assez bien implantées ; incisives supérieures légèrement crénelées. — Nous le voyons, dès les premiers jours, mobile et changeant, prendre en affection certains infirmiers, en haine les autres, s'impatienter souvent, réclamer avec persistance son transfert, prétextant « qu'il s'ennuie beaucoup ». Les crises qui auraient débuté à l'âge de sept ans, consécutivement à une intervention chirurgicale sur les bourses (?) s'élèvent à cinq ou six par jour à certains moments, mais ne se produisent guère que deux fois par semaine maintenant. Chute, avec cri, convulsions toniques et cloniques, arc de cercle, puis phase délirante durant une heure, pendant laquelle le malade chante, pleure, gesticule, exhale ses colères contre les infirmiers qui lui ont déplu. Pas de morsure de la langue, quoi qu'il en dise. Pas de perte d'urine.

Sensibilité tactile, seulement conservée en avant, du côté gauche, suivant une surface limitée en bas par le pli de l'aine et en haut

une horizontale menée par l'ombilic. Thermoesthésie conservée seulement dans la moitié inférieure de la même région. En arrière la sensibilité est limitée à une petite surface carrée répondant à peu près à l'omoplate gauche, et à une zone plus vaste comprenant les fesses et les faces postérieures et internes de la moitié supérieure des cuisses, des deux côtés. Abolition du réflexe pharyngé, du réflexe cornéen. La pression sur l'hypocondre gauche fait bondir le malade.

Frissons. — Ce sont les crises de frissons qui frappent surtout. Brusquement se produit un tremblement aussitôt généralisé, et après quelques secondes de frissons apparaît une poussée, généralisée aussi, de petites élevures, dont est couverte la peau du thorax antérieur, de l'abdomen, des membres, du cou, du front et même du cuir chevelu. Ces petites éminences miliaires, d'une hauteur d'un millimètre environ, examinées à la loupe, montrent toutes en leur centre un poil, petit ou gros, long ou court. En certains endroits, au niveau du coude, par exemple, les follicules moins nombreux et plus gros sont encore plus sensibles. C'est une érection de follicules pilo-sébacés, « une chair de poule » si généralisée qu'elle donne à toute la peau un aspect gaufré. Il y a, de plus, un redressement des poils, qui rappelle « la limaille de fer se dressant sous l'action de l'aimant » (Barthélemy). La paume des mains, la face plantaire des pieds où manquent les glandes sébacées sont indemnes. Inutile aussi de dire que l'apyrexie est complète.

Ces crises de frissons peuvent se répéter à intervalles très rapprochés. Nous en avons noté vingt dans l'espace d'une heure, environ une centaine dans la journée. En revanche le malade traverse des périodes de huit à dix jours sans en éprouver. L'accès commencerait, à ce qu'il prétend, « par un coup dans les reins, un mal au cœur » ; il éprouverait une sensation d'angoisse, de mort prochaine, une peur indéfinissable, puis une lourdeur spéciale « lui descendrait dans les bourses ». Le frisson arrive ensuite, avec sensation d'horripilation, le malade « sent ses cheveux ». Chose curieuse il n'y a pas, à proprement parler, de sensation de froid. Durée moyenne de l'accès, 20″.

Ces frissons arrivent sans cause bien définie : pendant le repas, dans un bain même chaud, dans le lit quand on découvre le malade. D'autre part la nuit, il est réveillé à cinq ou six reprises différentes, même s'il est bien couvert, s'il a bien chaud. Il se rendort sitôt après. Enfin, il n'est pas rare de voir à un premier frisson, à peine fini, s'en ajouter un second, et même un troisième en véritables accès sub-intrants. Pas de dypsnée, nulle douleur, ni trace de gêne quelconque.

Le pouls donne un tracé graphique à l'ordinaire normal : ligne d'ascension droite, sommet aigu, ligne de descente d'inclinaison

moyenne, interrompue en son tiers par une légère surélévation, ébauche de dicrotisme. Pendant le frisson, il est notablement moins élevé tout en conservant la même forme générale, et sa fréquence est diminuée légèrement.

Le *dermographisme*, avant qu'il ait été constaté médicalement, était ignoré du malade. On le suscite facilement aujourd'hui en passant un crayon mousse, ou simplement l'ongle, sur la peau de la face antérieure ou postérieure du thorax (lieu d'élection). Sitôt après, au milieu d'une indolence parfaite d'ailleurs, la trace apparaît sous forme d'une raie blanche, qui rapidement s'élargit en bandelette : celle-ci rosée, légèrement foncée sur les bords, flanquée de chaque côté d'une zone rougeâtre s'étendant sur une largeur de 3 à 4 milimètres. Trois quarts de minute après environ, la partie médiane de la bandelette se fonce ; les bords sont plus manifestement rouges. Il y a déjà légère surélevation. Au bout de trois minutes à peine, la ligne a grossi, gonflé, pris un relief arrondi à l'extrémité « atteint le volume d'un cordonnet enfilé sous la peau » (Barthélemy). En frictionnant légèrement, la surélévation devient moins nette, mais persiste, la rougeur s'étend plus loin, mais reste bien accentuée.

Un quart d'heure après, la surélévation s'affaisse, diminue de longueur, disparaît. Au toucher on perçoit encore cependant une légère saillie, insensible à la vue. Une demi-heure après, la rougeur est encore visible, avec une légère zone pâle sur les bords.

Le dermographisme peut être suscité à quelque moment que ce soit de la journée, et tous les jours, pendant tout le temps que le malade passe à l'asile. D'autre part, L... prétend ne pouvoir manger de poisson, sans que survienne une crise d'urticaire qui peut durer huit jours.

Hyperhydrose.—Les deux mains sont, par endroits, rouge violacé, et cette teinte, variable avec les moments de l'examen, est surtout accentuée sur la face dorsale ; la face palmaire est humide, gluante, également des deux côtés.

Elles sont sujettes à des crises paroxystiques de sueurs, également bilatérales. Le malade ressentirait à certains moments une sensation de froid aux mains, et c'est alors qu'il y aurait transpiration. Ces crises ne coïncident pas avec les frissons, elles arriveraient plutôt après. — Les pieds transpirent facilement, été comme hiver. — Enfin le malade attire l'attention sur ce fait que la transpiration est très abondante à l'aisselle, tout particulièrement à l'aisselle droite. On y voit, en effet, perler de grosses gouttes de de sueur. — Pas de ptyalisme ; pas de sécrétion nasale exagérée.

Les émotions dans lesquelles il sent « le sang lui monter à la tête », peuvent déterminer : soit des frissons qui peuvent alors se répéter plusieurs fois de suite sans intervalle, soit une véritable

attaque. Elles n'ont en tout cas aucune influence sur l'hyperhydrose.

Ajoutons que le malade ne présente aucune trace d'une intoxication quelconque. La recherche des signes de l'alcoolisme, qui est trop de tradition dans le service de l'Admission pour avoir été négligée lors des entrées successives du malade, reste nulle. On ne peut penser à une intoxication alimentaire chronique, chez un individu n'ayant jamais éprouvé de troubles digestifs, et dont l'état général, d'ailleurs, est excellent.

Il y a donc chez ce malade, en plus de troubles sécrétoires (hyperhydrose) indépendants, en partie du moins, des phénomènes vasculaires proprement dits, des troubles vaso-moteurs que l'on peut attribuer : 1° pour le dermographisme, à la paralysie des artérioles, suivie de ralentissement du sang dans les veinules et de diapédèse, avec effacement consécutif du calibre des vaisseaux (c'est l'œdème d'abord congestif, puis anémique de Renaut); 2° pour les accès de frissons, au contraire, à la contraction brusque, spasmodique, généralisée, de ces mêmes artérioles cutanées ; en effet, qu'il y ait fièvre ou non, l'ischémie est en rapport étroit avec le frissonnement et l'horripilation qui l'accompagne.

Ce sont là, au demeurant, avec les œdèmes circonscrits, quelques-unes des modalités diverses par où se manifeste cette prédisposition singulière des hystériques aux angio-neuroses, cette véritable diathèse vaso-motrice (M. Gilles de la Tourette), qui s'ajoute si souvent aux diathèses de contracture ou de paralysie [1].

---

[1] Voir : Bourneville et P. Regnard. — *Iconogr. photogr. de la Salpêtrière, passim.*

SOCIÉTÉS SAVANTES.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

Session de Nancy.

Le Congrès de Médecine mentale et de Neurologie s'est ouvert le 1er août, à Nancy, dans une galerie de la salle Poirel. M. Stéhelin, préfet de Meurthe-et-Moselle, présidait, assisté de M. le Dr Pitres (de Bordeaux) et de M. Vernet (de Maréville), secrétaire général. M. le Préfet a ouvert la séance par le discours suivant qui mérite d'être reproduit.

Messieurs,

Je ne dois qu'à mes fonctions et à votre courtoisie l'honneur d'ouvrir officiellement le septième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Nous sommes heureux de compter dans nos rangs des délégués de la Belgique, notre excellente voisine, et de la Suisse, République sœur de la nôtre; la Russie même doit être représentée parmi vous; on peut dire d'elle que son langage est parfois français et que son cœur l'est toujours.

La présidence éphémère dont vous m'avez investi ne m'impose que de courts et faciles devoirs. Vous attendez de moi de ne pas vous infliger un discours où mon incompétence tenterait vainement d'aborder les redoutables problèmes réservés à votre science et à votre dévouement. Je n'ai garde d'oublier que je parle devant des maîtres, que l'ombre de l'éminent Charcot plane sur cette assemblée, que vos réunions étaient présidées hier par un de ses plus chers et plus brillants élèves, M. le docteur Joffroy, professeur à la Faculté de Paris, et qu'elles le seront dans un instant par un autre de ses disciples, M. le docteur Pitres, le jeune et savant doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux. Je n'ai garde, non plus, d'oublier que je parle au milieu de professeurs et de médecins qui donnent leur travail et leur vie à la lutte, trop souvent inégale, entreprise et soutenue contre le mal le plus ter-

rible dont l'homme puisse être atteint, parce qu'il est le signe de son amoindrissement moral ou de sa déchéance intellectuelle.

Mais n'est-il pas permis d'espérer que la bataille longue et persévérante nous ménage des victoires et que les maladies mentales et nerveuses bénéficieront à leur tour des grandes et récentes découvertes dont l'immortel Pasteur a eu le mérite et dont la France a eu la gloire ?

Chaque jour s'éclairent et se précisent l'étude intime du système nerveux, la notion des résistances dont une nutrition expérimentée peut doter l'oganisme humain, et le choix des armes les plus propres à combattre les infiniment petits, nos adversaires les plus redoutables.

L'ennemi, démasqué aujourd'hui, est plus facile à vaincre ; l'histoire naturelle des microbes et des bacilles se complète avec une rapidité rare et se développe avec une sûreté toute scientifique ; la physiologie de leurs sécrétions est magistralement fixée ; aussi vous ne tarderez pas à nous informer des réactions qu'elles déterminent sur le mécanisme nerveux et des moyens de les prévenir ou de les réprimer.

Pour rendre votre labeur plus fécond et mieux faire fructifier vos semailles, vous demandez instamment l'étroite communauté de la chaire et de la clinique ; M. le docteur Joffroy, à l'ouverture de votre précédent Congrès, traduisait ce désir en termes entraînants et bien faits pour convaincre. Nous souhaitons avec lui que, pour le bien de la science et des malades, on arrive à resserrer partout, dans un égal sentiment de conciliation et d'entente, les liens qui doivent unir l'enseignement et la pratique des maladies nerveuses et mentales.

Si ce vœu se réalise, vous aurez, Messieurs, un succès de plus à porter à un avoir déjà bien largement rempli.

Cet avoir s'est récemment et grandement enrichi ; vous avez trouvé, dans les derniers travaux des écoles française et italienne sur l'hérédité, les dégénérescences et leurs causes, la raison de mesures préventives dont l'expérience a prouvé l'utilité et l'importance, et auxquelles l'avenir ajoutera son contingent de découvertes et d'améliorations. Vous marchez ainsi, d'un pas ferme et assuré, dans la voie montante du progrès et nous entrevoyons le jour où vos efforts, vos recherches, l'élan que vous donnent vos assises annuelles, vous conduiront à des résultats encore plus décisifs et défendront l'humanité contre la plus attristante de ses misères.

C'est sous l'inspiration de cette pensée et de cette espérance, qu'à vous tous, soldats illustres ou éprouvés de cette rude et saine campagne, je souhaite la plus cordiale des bienvenues au nom du département qui vous accueille et de Nancy qui vous reçoit.

Je dois aussi vous remercier d'avoir choisi notre cité comme le siège de votre Congrès. Je n'aurai qu'ailleurs aucune peine à trouver

et j'aurai quelque fierté à dire les motifs de cette détermination que vous avez prise à Bordeaux avec un ensemble qui nous touche.

Vous avez voulu, d'abord, répondre au dessein qu'avaient formé d'anciens camarades devenus des collègues autorisés.

Il ne vous déplaisait pas ensuite de vous réunir à côté d'un des asiles les plus peuplés de France, de l'ancienne « renfermerie » qui a pris peu à peu la forme et les proportions d'un village, de ce vaste établissement que nous nous efforçons d'agrandir et d'améliorer encore avec le concours d'un personnel modeste et dévoué qui mérite le témoignage public que je lui apporte.

Vous avez tenu aussi, Messieurs, à vous rapprocher d'une Faculté qui n'est pas étrangère au culte passionné que provoque l'étude des maladies nerveuses ; elle a vu éclore ici, sous la poussée d'un esprit vigoureux et sympathique, une façon d'école qui ne manque ni d'intérêt ni d'éclat.

Enfin, messieurs, et je suis sûr d'être l'écho de vos sentiments les plus vibrants et les plus profonds, vous avez entendu, en venant à Nancy, au seuil de la frontière, vous mêler aux membres d'une Université qui est l'héritière de l'Académie de Strasbourg et aux professeurs d'une école de médecine qui a repris avec énergie et qui porte avec dignité le drapeau enlevé aux mains des maîtres de la Faculté alsacienne. Ces maîtres étaient les Sédillot, les Stolz, les Schutzenberger, les Tourdes : cette école était illustre là-bas ! Il appartient à d'autres de dire si elle l'est redevenue ici ; mais il m'appartient du moins d'affirmer que nous entourons notre Faculté de médecine, d'affection et d'estime, parce qu'elle est restée fidèle à ses grandes traditions, qu'elle a pieusement gardé la religion des souvenirs, parce que, aux confins de la Patrie, elle soutient avec honneur le bon renom de la France et qu'elle évoque, jusque dans le domaine pacifique de la science, un passé qui n'est pas sans grandeur et un avenir qui n'est pas sans espoir.

Après ce discours, chaleureusement accueilli, M. le président, le Dr Pitres, a prononcé l'allocution d'usage et insisté sur l'alliance de la Médecine mentale et de la Neurologie, pour répondre à certaine tentative que nous avons signalée dans le n° 31 du *Progrès médical* (p. 74).

Nous reproduisons le texte complet de ce discours, aussi remarquable par le fonds que par la forme. M. Pitres a fait un exposé complet des raisons de tous genres qui militent en faveur de l'union des aliénistes et des neurologistes. L'accueil fait à ce discours indiquait, en quelque sorte, que la question était tranchée. Nous ne pouvons que nous en féliciter dans l'intérêt des médecins qui étudient l'une ou l'autre des deux grandes sections des *maladies du système nerveux*. Nous nous

en félicitons également au point de vue de la science et de l'avenir du Congrès.

Dans des réunions particulières, les aliénistes de carrière ont résolu de provoquer tous les ans, au cours des Congrès annuels, une réunion dans laquelle ils discuteront les questions professionnelles qui les concernent plus spécialement. Ils ont décidé aussi que tous les aliénistes qui assisteraient à cette réunion devront s'engager à faire acte d'adhésion au Congrès. C'est là une bonne résolution. Voici maintenant le discours de notre ami, le professeur Pitres.

Messieurs,

Je remercie bien sincèrement M. le préfet de Meurthe-et-Moselle, des paroles aimables qu'il vient d'adresser au corps médical. Ce n'est pas la première fois que nous recueillons dans nos Congrès l'expression de la sympathie des représentants des pouvoirs publics et chaque fois que cela nous arrive, nous en éprouvons un grande joie. Vivant au milieu des malades, connaissant mieux que personne leurs besoins matériels et moraux, nous avons tout naturellement le grand désir de voir aboutir les réformes qui nous paraissent de nature à adoucir l'amertume de leur situation.

Or, nous savons par expérience qu'aucune modification sérieuse et utile ne peut être apportée à leur sort que par l'accord intime et confiant des administrateurs et des médecins. Aussi sommes-nous toujours heureux de voir les hommes, que leurs hautes fonctions appellent à prendre part à la direction des affaires de l'assistance publique, s'intéresser à nos travaux et nous encourager à poursuivre l'œuvre philanthropique dans laquelle nous sommes leurs collaborateurs les plus dévoués, et, j'oserai le dire, leurs conseillers les plus sûrs.

Messieurs, le Congrès des médecins aliénistes et neuroglistes dont nous allons ouvrir la VIIe session, dans cette belle et patriotique ville de Nancy qui nous a généreusement offert l'hospitalité, est maintenant entré dans les mœurs. Fondé en 1890, il a depuis cette époque tenu régulièrement ses séances annuelles, et de plus en plus affirmé sa vitalité par le nombre et la qualité des travaux qui lui ont été soumis. La collection de ses actes renferme à côté d'une foule de mémoires originaux et de discussions intéressantes des rapports étendus et détaillés dont quelques-uns sont de véritables chefs-d'œuvre. Il est ainsi devenu un organe très important de diffusion des sciences psychiatriques et neurologiques.

Créé en 1890, par les médecins aliénistes seuls, il devait tout d'abord n'y être traité que des questions se rattachant directement à la psychiatrie.

Avec une conception très nette des conditions qui favorisent les ogrès et la science, ses fondateurs et ses premiers adhérents ont cidé d'en ouvrir l'accès à ceux de leurs confrères qui, sans être s aliénistes de carrière, s'occupent plus particulièrement de l'é-de si complète et si attachante des maladies du système ner-ux. Ceux-ci ont saisi avec empressement l'occasion qui leur était erte de lier des relations plus étroites avec les succeseeurs et les ules des Pinel, des Esquirol, des Marc, des Morel, des Calmeil, s Baillarger. Ils ont renoncé au projet qu'ils avaient formé de er un congrès de neurologie, et se sont groupés avec joie tour des maîtres éminents et des praticiens distingués qui se it acquis une juste notoriété dans la science des maladies men-es et de la médecine légale des aliénés. Le Congrès de médecine entale est alors devenu le Congrès des médecins aliénistes et urologistes de France et des pays de langue française.

Est-ce un bien? Je le crois fermement. La division en deux oupes séparés de l'armée des travailleurs s'occupant des mala-s nerveuses et mentales est tout à fait artificielle. Elle ne repose aucune idée générale. Elle est en opposition avec la nature ème des choses. Scientifiquement elle est irrationnelle. Pratique-ent, elle aurait pour résultat, si elle était rigoureusement main-ue, de fréquenter l'étude des maladies qui sont unes et ne peu-it être bien connues que si on les envisage dans l'ensemble de rs manifestations dans la série entière de leur évolution. marquez, en effet, que la plupart des maladies mentales ne sont présentées dans les asiles d'aliénés que par des types accentués ou mpliqués dont les formes atténuées ou simples se rencontrent cou-nment dans la pratique civile ou dans les hôpitaux, de telle sorte 'on serait exposé à n'avoir que des notions incomplètes et par con-quent erronées sur la paralysie générale, l'épilepsie, l'hystérie, la urasthénie, la chorée, etc., si on ne connaissait ces maladies que r les cas qu'on peut observer dans les maisons spécialement con-rées, au traitement des maladies mentales.

Inversement, il y a une foule de maladies, de syndromes ou d'épi-des morbides qui, par leur nature, appartiennent en propre à la édecine mentale, et qu'on n'a jamais ou presque jamais l'occa-n d'observer dans les asiles d'aliénés; tels sont, par exemple, les lires toxiques transitoires, les délires fébriles, les obsessions psy-iques conscientes, etc.

Enfin, il y a un bon nombre de maladies mixtes, qui s'accompa-ent parfois mais non pas toujours de perturbations psychiques et i devraient conséquemment figurer tantôt dans le groupe des s appartenant aux neurologistes, tantôt dans celui ressortissant x aliénistes; de ce nombre sont la sclérose en plaques, le tabes, ramollissement cérébral et la paralysie générale elle-même dont variété non délirante est d'une incontestable fréquence.

Pour ces raisons, il est indispensable de compléter les unes par les autres les recherches des neurologistes et celles des aliénistes. Elles sont absolument solidaires. Elles marchent de pair. Elles ont les mêmes objets, les mêmes tendances, les mêmes méthodes, le même but. Elles ne doivent pas être séparées.

Cela est si vrai qu'il s'est toujours établi une sorte de pénétration continue entre les études de pathologie mentale et celles de pathologie nerveuse, si bien que les grandes découvertes qui ont été faites dans l'un de ces domaines n'ont jamais beaucoup tardé à étendre leur influence sur l'autre.

C'est d'ailleurs là, il faut bien le reconnaître, un fait très général. Nous puisons incessamment autour de nous des idées, des notions, des doctrines qui ne nous appartiennent pas et dont nous nous servons comme si elles étaient notre bien. Les sciences d'observation progressent beaucoup plus par les emprunts qu'elles font ainsi de côté et d'autre aux sciences voisines que par les découvertes de leurs propres adeptes. Un exemple, qui touche par un côté aux rapports de la neuroglie et de la psychiatrie, nous est fourni par l'histoire de ce qui s'est passé sous nos yeux lorsque se sont établies dans la pathologie du système nerveux les doctrines de la dégénérescence et, un peu plus tard, dans la pathologie mentale, celle de l'infection.

Il y a une trentaine d'années, un aliéniste de carrière qui était en même temps un observateur et un grand philosophe, Morel, étudiant les conditions de production des maladies mentales, comprit le rôle capital que joue dans leur genèse l'hérédité pathologique. Il traça dans ses leçons cliniques et dans son admirable ouvrage sur les dégénérescences de l'espèce humaine, les principales lois de l'hérédité dégénératrice. Cette notion, tirée uniquement de l'étude des maladies mentales et appliquée uniquement par Morel à l'étiologie des psychopathies et des névroses, gagna bien vite du terrain. Elle s'étendit à toutes les maladies nerveuses et les neurologistes en firent l'application à une foule d'états morbides dont ils ignoraient jusqu'alors les véritables causes, tout comme s'ils en avaient été les créateurs.

Pendant que la doctrine de la dégénérescence s'étendait ainsi de la pathologie mentale à la pathologie nerveuse, la microbiologie préparait dans le silence des laboratoires les merveilleuses expériences dont les résultats devaient quelques années plus tard pénétrer triomphalement dans la médecine générale, transformer la chirurgie par l'application des procédés antiseptiques et bouleverser toutes nos connaissances sur la pathogénie des maladies infectieuses.

On ne pensait pas tout d'abord que la révolution dût se propager au delà des maladies générales, fébriles, épidémiques. Mais bientôt nous apprîmes, non sans étonnement, que la rage était

produite par un poison organique dont l'action nocive, épargnant la plupart des tissus de l'économie, portait d'une façon élective sur certains éléments des centres nerveux. Un peu plus tard, des expériences rigoureuses démontrèrent que le tétanos était le résultat de l'empoisonnement des centres bulbo-protubérantiels par des toxines sécrétées par le bacille de Nicolaïes, et que les paralysies diphtériques étaient dues à l'intoxication de la moelle épinière et de la moelle allongée par les poisons engendrés par le bacille de Lœffler.

Puis on nous montra que l'injection, dans le sang d'animaux bien portants, de certains bouillons de culture microbiennes, privées ou non par le filtrage de leurs éléments figurés, pouvaient donner lieu à des paraplégies franches, à des myélites infectieuses aiguës.

On comprit alors que le système nerveux n'échappait pas aux lois générales de l'infection et les neurologistes s'attachèrent à étudier ses réactions et ses altérations en présence des agents microbiens. Ils reprirent avec des idées nouvelles, l'étude des névrites, des myélites, des encéphalites et reconnurent la fréquence de leur origine infectieuse.

Ils constatèrent que le bacille de Hausen végétait de préférence dans les nerfs périphériques où sa présence déterminait les troubles sensitifs, les atrophies musculaires, les ulcères trophiques des extrémités caractérisant les formes anesthésique, atrophique et mutilante de la lèpre; que des névrites périphériques diffuses, irrégulièrement disséminées succédaient assez souvent à l'intoxication typique et se développaient parfois insidieusement dans le cours de la tuberculose pulmonaire.

Que, dans beaucoup de cas, les inflammations aiguës de la moelle et du cerveau étaient manifestement provoquées par des microbes ou par des toxines microbiennes, et que même certaines lésions organiques des centres nerveux, telles que celles de la paralysie infantile, de la péri-encéphalite, de la sclérose en plaques étaient la conséquence probable d'infections anciennes ayant déterminé des lésions locales indélébiles. Enfin, des statistiques aussi importantes par le nombre des cas sur lesquels elles portaient, que par l'autorité scientifique de leurs auteurs, montrèrent que le tabes avait des rapports de causalité avec la syphilis et que loin d'être, comme on le pensait communément, une maladie constitutionnelle dérivant de l'hérédité arthritique, il représentait vraisemblablement, lui aussi, une des formes par lesquelles peut se manifester l'infection des centres nerveux.

En même temps ils étudièrent de près l'étiologie des névroses et contrairement aux opinions anciennes et d'après lesquelles l'hystérie, l'épilepsie, la neurasthénie étaient des maladies héréditaires, ils établirent que dans certains cas elles succédaient

manifestement à des empoisonnements infectieux de l'organisme.

Les aliénistes qui étaient restés jusque-là étrangers au mouvement qui se passait auprès d'eux, commencèrent à se préoccuper sérieusement des doctrines nouvelles qui jetaient un jour si imprévu sur la pathogénie des maladies nerveuses et à en appliquer les principes à l'étude de l'étiologie des maladies mentales. Leurs travaux se succédèrent alors rapidement. Les recherches que firent plusieurs d'entre eux sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale, recherches dont une bonne partie a été communiquée aux Congrès de médecine mentale de 1890 et 1891, ouvriront la voie. Le remarquable rapport de MM. Régis et Chevalier-Lavaure sur les psychoses par auto-intoxication, mit en lumière des faits de nature à frapper tous les esprits non prévenus, et la plupart des médecins aliénistes reconnaissent aujourd'hui que beaucoup de cas de psychoses pures, de confusion mentale primitive, de manie, de mélancolie, de folies soit typhoïdiques ou soit grippales sont engendrées ou tout au moins occasionnellement provoquées par des infections accidentelles des centres nerveux.

Ainsi, dans cette question limitée, mais extrêmement importante de l'étiologie des maladies mentales et nerveuses, les aliénistes et les neurologistes se sont rendus à courte échéance de mutuels services. Les premiers ont conçu et fixé la doctrine de la dégénérescence qui s'est bientôt étendue à toute la pathologie nerveuse, les seconds ont préparé l'accès dans la médecine mentale de la doctrine de l'infection, doctrine dont ils avaient puisé les éléments dans la médecine générale, laquelle les avait empruntés aux travaux de laboratoire de notre illustre Pasteur et de ses élèves.

La morale de ceci, c'est que nous avons tous intérêt à ne pas nous enfermer dans des spécialisations trop étroites et trop exclusives, à élargir le plus possible notre horizon. Un neurologiste aurait une culture insuffisante s'il ne se tenait au courant des progrès qui s'accomplissent tous les jours dans le domaine de la psychiatrie et un aliéniste se priverait de précieux éléments d'enseignement s'il ne suivait d'un œil attentif et curieux les recherches qui se font dans le domaine de la neurologie.

Je ne veux pas, Messieurs, retarder plus longtemps l'ouverture de vos travaux. Permettez-moi cependant, avant de terminer, d'adresser de chaleureux remerciements à ceux de nos collègues qui ont pris une part active à l'organisation de notre Congrès, notamment à notre cher et éminent président de la session dernière, M. le professeur Joffroy, qui nous a puissamment aidés de ses conseils et de son expérience, à M. le docteur Vernet, qui, exerçant provisoirement et en quelque sorte sans mandat officiel les difficiles fonctions de secrétaire général, s'est attaché avec un dévouement au-dessus de tout éloge à nous préparer la réception

ont le programme est entre vos mains, et à MM. les rapporteurs ui ont rédigé les remarquables monographies dont vous avez éjà apprécié la valeur.

Permettez-moi aussi de vous remercier du très grand honneur ue vous m'avez fait en me confiant la présidence du présent ongrès.

Je vous en exprime ma profonde gratitude.

Au cours de la séance on apporte à M. le Président une épêche ainsi conçue :

Les aliénistes de Moscou félicitent leurs collègues français à occasion du septième Congrès des neurologistes et leur souhaiznt le plus grand succès.

Signé : Drs Korsakoff, Sowei, Maggillavitch, Kokusky, toupine, Senudaloff, Thérian, Worobieff, Pétroff, Sackanoff, tretzoff.

Dans l'après-midi, à l'Institut anatomique, on a nommé résidents d'honneur : M. le ministre de l'intérieur, M. Monod, irecteur de l'Assistance publique à ce ministère, M. Stéhélin, réfet de Nancy, M. Heydenreich, doyen de la Faculté de lancy, M. le professeur Bernheim (de Nancy), M. le Dr Menelsohn (de Saint-Pétersbourg) et M. le Dr Ladame (de ienève).

Il est ensuite procédé à la nomination des membres qui doient assister le président. Sont nommés *vice-présidents :* IM. Vallon et Lapointe; *secrétaire général :* M. Vernet; *ecrétaires des séances :* MM. Seligman et Hartenberger.

M. Régis, secrétaire général trésorier du précédent Congrès pporte le compte financier du précédent exercice qui se chiffre ar un excédent de 708 francs.

Aussitôt après l'arrêté des comptes, il est procédé à la disussion du rapport de M. Séglas sur les *hallucinations de 'ouïe.*

Pathogénie et physiologie pathologique des hallucinations de l'ouïe.

M. le Dr Séglas. — « Un homme, dit Esquirol, qui a la conviction entière d'une sensation actuellement perçue alors que nul bjet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à la portée de es sens, est dans un état d'hallucination. »

La caractéristique de l'hallucination, dit M. Séglas, est donc de réer l'apparence d'un objet extérieur *actuel*, qui n'existe pas en

réalité. C'est donc une forme pathologique de la perception voisine et distincte de l'illusion d'une part, de l'interprétation délirante de l'autre; par des exemples, l'auteur établit une opposition entre ces différents phénomènes et passe ensuite à la distinction des hallucinations proprement dites, des phénomènes décrits sous les noms de fausses hallucinations (Michea), d'hallucinations psychiques (Baillarger), de pseudo-hallucinations (Hagen, Kaudinky, Hoppe) et d'hallucinations aperceptives (Kalbaum).

S'appuyant sur l'observation clinique, l'auteur passe en revue, à propos des hallucinations de l'ouïe, successivement leur *contenu*, leur point de départ, leur localisation sensorielle et leur degré de complexité. De même qu'il existe trois degrés de perceptions consécutives à l'impression auditive, il y a trois degrés dans l'hallucination.

Il est des malades qui disent entendre des sons, de simples bruits de nature indécise qu'ils traduisent par des onomatopées ou jugent par comparaison (perception auditive brute). D'autres perçoivent des sons différenciés qu'ils rapportent aux objets qu'ils croient les produire (perception auditive différenciée). D'autres enfin entendent des voix articulant des mots qui représentent des idées diverses, mais déterminées (perception auditive verbale). L'origine de ces différents phénomènes hallucinatoires peut être *périphérique* ou *centrale*.

Les hallucinations périphériques sont celles dans lesquelles le processus hallucinatoire reconnaît à son origine une excitation de la périphérie de l'appareil sensoriel correspondant.

La cause première de cette excitation peut résider dans l'appareil sensoriel lui-même ou se trouver en dehors du sujet dans le monde extérieur. D'où la division des hallucinations périphériques en *hallucinations périphériques objectives* et *hallucinations périphériques subjectives*.

Enfin, qu'il s'agisse d'hallucinations périphériques objectives ou subjectives, l'excitation initiale peut porter sur l'appareil sensoriel correspondant à l'hallucination ou sur un appareil sensoriel différent. Ces hallucinations peuvent être ainsi distinguées en directes et indirectes ou réflexes (Kahlbaum).

Quant à la question controversée des hallucinations auditives *centrales*, c'est-à-dire n'ayant comme point de départ aucune excitation périphérique, objective ou subjective, l'auteur admet l'hypothèse de l'origine intellectuelle par automatisme cérébral ou résultant d'un système d'idées délirantes, lorsque l'on ne peut invoquer ni une lésion cranienne ou cérébrale, ni une cause toxique ou asthénique.

Pour l'hallucination périphérique, l'auteur aborde ensuite la question de *localisation sensorielle*. Les bruits, les paroles que l'hallucinée dit entendre, peuvent, en effet, être perçus par les deux

reilles comme dans l'audition normale, l'hallucination est alors *ilatérale.* D'autres fois, la perception hallucinatoire n'intéresse, au ire des sujets, qu'une des moitiés symétriques du sens de l'ouïe, lle ne se fait que par une seule oreille. C'est l'hallucination *unila- írale* ou *dédoublée* de Michea.

Enfin, il est des cas complexes où l'hallucination auditive ne onstitue qu'un élément épisodique à titre de *combinaison* ou d'*asso- iation hallucinatoire.* Il peut y avoir association concordante des roubles hallucinatoires, l'œil voyant le personnage que l'oreille ntend par exemple, c'est une association des différentes sphères ensorielles, mais il peut y avoir associations entre phénomènes de nême ordre, c'est alors l'hallucination dialoguée, la double voix e Morel. Cette association s'accompagne parfois d'un certain anta- onisme entre les deux voix, il peut même y avoir dissociation 'un côté à l'autre, l'oreille droite entendant un interlocuteur, la auche entendant la voix opposée. L'antagonisme n'existe pas eulement entre hallucinations verbales de même nature, mais il eut s'établir entre hallucinations verbales, motrices et auditives.

Quand il n'y a pas antagonisme, il y a généralement écho d'une phère hallucinatoire par rapport à l'autre; par exemple la sphère sycho-motrice répétant l'hallucination auditive ou l'inverse (écho- alie hallucinatoire). Le rapporteur cite ainsi un cas, publié par nous, 'hallucinations psycho-motrices graphiques combinées à des hallu- inations auditives initiales, le malade écrivant automatiquement t inconsciemment sous la dictée de ses hallucinations de l'ouïe.

Au point de vue physio-pathologique l'auteur passe en revue les ifférentes théories de l'hallucination : théorie périphérique ou sen- orielle; théorie d'origine intellectuelle; théorie psycho-sensorielle t théorie physiologique de l'éréthisme des centres corticaux.

Quel que soit le point de départ admis, l'intervention du centre ensoriel cortical du sens considéré est indispensable pour que 'hallucination se produise dans la conscience avec tous les carac- ères de la réalité objective. La théorie de l'hallucination regardant omme nécessaire l'intervention constante des centres corticaux est lonc, en réalité, celle qui rend le mieux compte du phénomène, l'après les données anatomiques et physiologiques actuelles.

M. Séglas termine son rapport par des considérations psycholo- giques sur le rôle des images mentales, leur extériorisation et leurs ois psychologiques d'association. Arguant des obscurités qui ubsistent encore sur nombre de points relatifs à la psycho-physio- ogie de l'audition normale, l'auteur s'abstient d'émettre une héorie générale de l'hallucination de l'ouïe, se contentant de reve- nir sur la seule notion définitivement acquise de l'intervention nécessaire des centres corticaux dans la production de l'hallucina- tion. « Savoir, c'est connaître que l'on ignore, » conclut-il en ter- minant.

M. Vallon. — Sur la pathogénie des hallucinations de l'ouïe, mon opinion peut se résumer ainsi : toute hallucination est un phénomène d'origine centrale, cérébrale ; il n'y a pas d'hallucination d'origine périphérique sensorielle. Les preuves de la proposition que j'avance peuvent se tirer et de la physiologie et de la pathologie. La plupart des psychologues considèrent l'hallucination comme une exagération maladive du phénomène normal de la représentation mentale, comme une représentation mentale extériorisée. Or, cette proposition n'est pas exacte ou du moins ne contient qu'une partie de la vérité. A l'état normal, nous avons la faculté de nous représenter mentalement un objet auquel nous pensons; cette faculté acquiert parfois une vivacité exceptionnelle. Certaines personnes sont capables d'évoquer un souvenir avec une force telle que l'objet se projette au dehors, s'extériorise. Il est des peintres qui peuvent faire pour ainsi dire poser devant eux un modèle déjà vu ou créé par leur imagination. Il est des musiciens qui, extériorisant leur pensée, arrivent à entendre un morceau de musique déjà entendu, un air au fur et à mesure qu'ils le composent. Dans certains cas, cette représentation mentale extériorisée prend une intensité telle qu'elle devient presque incoercible et échappe pour ainsi dire à l'action prématurée de la volonté; la représentation mentale extériorisée s'impose avec une persistance obsédante. Cet état est voisin de la maladie, mais n'est pas encore l'état pathologique. Jusque-là, le sujet se rend compte qu'il est facteur actif dans la production du phénomène, que celui-ci vient de lui et non du dehors. Mais un pas de plus et l'état pathologique est constitué : le phénomène se détache du moi, de la personnalité; le malade n'a plus conscience qu'il joue un rôle actif dans la production de ce qu'il voit ou de ce qu'il entend; il a franchi le Rubicon; il est sorti de l'état physiologique pour tomber dans l'état pathologique. C'est cette inconscience de l'origine de la sensation, qui, à mon avis, caractérise l'hallucination. En un mot, pour que l'hallucination soit constituée, il ne suffit pas, comme le pensent la plupart des psychologues, qu'il y ait extériorisation de la représentation mentale, il faut encore que le sujet perde conscience de ce phénomène. Comme on le voit, le passage se fait insensiblement de l'état physiologique à l'état pathologique; la représentation mentale se transforme progressivement par une série d'opérations pour aboutir à l'hallucination; or, tous ces phénomènes successifs sont essentiellement de nature cérébrale : il est donc logique de considérer l'hallucination elle-même comme un trouble d'origine cérébrale.

Une autre preuve de la nature cérébrale, et purement cérébrale, des hallucinations se déduit de ce fait que les hallucinations sont constamment en rapport intime avec les idées délirantes du malade. C'est ce qui se passe, par exemple, dans le délire

des persécutions. Après une phase d'inquiétude vague, qui dure souvent longtemps et revêt parfois les caractères d'un délire hypocondriaque, le malade est pris d'une hallucination de l'ouïe. Or, celles-ci correspondent aux idées qui le dominent depuis longtemps; il y a un lien étroit entre elles et le délire : ce qui indique bien encore leur origine cérébrale, leur caractère purement psychique.

Le grand argument qu'on a fait valoir en faveur de l'origine périphérique possible des hallucinations, c'est l'existence d'hallucinations unilatérales chez les individus atteints d'une maladie de l'oreille du côté correspondant. Mais, si on examine de près tous ces faits, on ne tarde pas à se convaincre qu'ils sont passibles d'une interprétation tout autre que celle qu'on en a donnée, qu'il s'agit là de sensations subjectives interprétées et non de véritables hallucinations. Voici une observation qui montre bien la pathogénie et la nature du phénomène improprement désigné sous le nom d'hallucination d'origine périphérique ou sensorielle. Un homme est atteint d'une perforation des deux tympans, son ouïe s'affaiblit considérablement en même temps; il entend dans les oreilles des bourdonnements, des sifflements, etc.; mais il se rend bien compte de l'origine de ces bruits, il comprend bien qu'ils sont liés aux lésions de ses oreilles. Pendant longtemps, pendant des mois, cette conscience de son état persiste. Plus tard, sous l'influence de chagrins divers, il tomba dans un état mélancolique; bientôt sur ce fond mélancolique se développent des idées de persécution, en un mot il devient malade du cerveau. Alors, mais alors seulement, il interprète d'une façon délirante les sensations auditives qu'antérieurement il appréciait à leur juste valeur; il se figure que ce sont des gens qui lui sifflent dans les oreilles, qui lui disent des choses désagréables. Ce qui s'est passé chez mon malade fait comprendre le mécanisme des prétendues hallucinations unilatérales d'origine périphérique. La maladie auriculaire donne lieu à une sensation subjective, c'est-à-dire sans objet et celle-ci est interprétée par le malade. Dans tous ces cas de lésions auriculaires, il se produit, en somme, une impression subjective qui est transmise au cerveau et appréciée par celui-ci correctement ou incorrectement, suivant qu'il est lui-même sain ou malade. On voit donc qu'il n'y a pas, à proprement parler, d'hallucination d'origine périphérique.

On m'objectera encore les faits dans lesquels l'hallucination auditive reconnaît comme point de départ, une excitation de l'appareil auditif, venue de l'extérieur. M. Séglas a cité l'exemple d'une femme qui, en entendant fermer une porte, s'est entendu appeler « vieille pouilleuse ». Mais, dans ce cas là, il s'agit d'une personne hallucinée habituellement et l'on ne peut pas dire que l'excitation produite par le bruit de la porte a créé l'hallucination ; elle ne fait évidemment que la provoquer.

Depuis Esquirol, on définit l'hallucination une perception sans objet. L'hallucination, en effet, consiste à sentir alors que rien n'impressionne le sens, c'est une sensation moins l'impression qui la produit habituellement; en un mot, ce qui caractérise l'hallucination, c'est l'absence d'impression. Donc, tout phénomène qui a pour origine une impression quelconque, par définition, n'est pas une hallucination. Dans l'illusion au contraire, il y a une impression sensorielle et c'est précisément sur ce caractère qu'est basée la différence entre l'illusion et l'hallucination. Or, dans les phénomènes que l'on désigne sous le nom d'hallucinations d'origine périphérique, il y a, comme dans l'illusion, une impression périphérique; sans doute il existe une différence dans le lieu et dans le mode d'impression, mais enfin il y a impression, en sorte que la prétendue hallucination d'origine périphérique se rapproche plus de l'illusion que de l'hallucination.

En résumé, dans tous les faits désignés sous le nom d'hallucination d'origine périphérique, il s'agit de phénomènes différents de l'hallucination; à des choses différentes, il importe, sous peine de confusion, de donner des noms différents. A l'hallucination psychique seule, il faut réserver le nom d'hallucination ; à la prétendue hallucination d'origine périphérique qui n'a que les apparences de l'hallucination, qui n'est qu'une *pseudo-hallucination*, qu'une *fausse hallucination*, il convient d'appliquer l'appellation de *sensation subjective interprétée*, laquelle indique bien l'origine et la nature du phénomène.

La synthèse des troubles de la sphère auditive peut être représentée par le tableau suivant :

Troubles.

1° Troubles dont le point de départ est dans le cerveau.	Hallucination.	Sensation sans objet, sensation moins l'impression qui la produit habituellement.
2° Troubles dont le point de départ est à la périphérie.	1° Dans l'appareil sensoriel.	a) *Sensation subjective* dans l'appareil sensoriel malade, sans l'intervention d'aucun objet extérieur; il se produit une impression que le *cerveau sain* perçoit normalement. b) *Sensation subjective interprétée*, *fausse hallucination*, dans l'appareil sensoriel malade sans l'intervention d'aucun objet extérieur, une impression ayant été produite, le *cerveau malade* la perçoit d'une façon anormale, c'est une sensation subjective mal interprétée.

2° Troubles dont le point de départ est à la périphérie.	2° Au dehors.	*Illusion* (sensation objective mal interprétée). Un objet extérieur impressionne l'appareil sensoriel, le cerveau malade perçoit cette impression objective d'une façon anormale.

M. Gilbert Ballet. — Il nous faut revenir à la *théorie intellectuelle.* On a très justement défini l'hallucination « une perception sans objet ». Sa physiologie pathologique doit donc se rapprocher de la perception normale. Un phénomène de perception se compose de trois stades : 1° l'impression périphérique ; 2° la transmission de cette impression à un centre ; 3° l'impression de ce centre, lequel est dans l'écorce.

Quel est le rôle de ce centre ?

Il nous faut diviser tout d'abord les perceptions en trois catégories : 1° Les perceptions brutes; 2° les perceptions différenciées; 3° les perceptions auditives verbales.

1° La perception brute est la sensation du son. S'il est dans l'écorce un point pouvant la réaliser, c'est le centre auditif.

2° Pour la perception différenciée, le mécanisme change. Prenez par exemple le son d'une cloche : nous voyons immédiatement que le centre auditif n'est plus suffisant pour le réaliser; il faut ajouter d'autres souvenirs, d'autres images : une idée de couleur (centre visuel), une idée de conformation (centre tactile). Le centre auditif seul ne peut donc donner de perceptions différenciées.

3° Par la perception auditive verbale, il faut encore plus : il faut ajouter image du mot.

En somme, le centre auditif ne peut donner que des *sensations de son* ; il est insuffisant dans tous les autres cas.

On peut se demander où se fait la synthèse de cet ensemble d'images réalisant la perception ? M. Bernheim suppose l'existence d'un *centre particulier d'association :* je ne crois pas que cela soit nécessaire. Quand on cherche le réflexe rotulien, si l'individu est très excitable, on peut obtenir en même temps d'autres réflexes : il pourrait en être de même ici. Quelle application peut-on faire de ces données au problème qui nous intéresse en ce moment ?

Je ne m'arrêterai pas à la théorie sensorielle qui est une *absurdité physiologique*. Je ne comprends pas qu'on fasse jouer à l'oreille ou à l'intermédiaire entre l'oreille et le centre le rôle unique dans le phénomène de la perception dont ils ne sont qu'un des facteurs.

Reste la théorie de Tamburini : « L'hallucination est une image extérieure se produisant au niveau du centre auditif, c'est une sorte d'épilepsie du centre sensoriel. » La théorie est séduisante, mais avec un peu de réflexion, on voit qu'elle est fausse. Il y a un abîme entre l'épilepsie partielle et l'hallucination. L'épilepsie est la

réaction d'un centre moteur qui donne, sous l'influence de l'excitation, tout ce qu'il peut donner, qui se comporte toujours de la même façon, sous l'influence des excitants, quels qu'ils soient (pathologiques ou électriques). L'hallucination auditive, à la supposer fonction du centre auditif, supposerait une sélection particulière parmi les multiples impressions emmagasinées. Au reste, les affections qui s'accompagnent le plus souvent d'épilepsie corticale (paralysie générale, tumeurs) ne sont pas celles qui donnent le plus souvent naissance aux hallucinations auditives. De même, celles dans la symptomatologie desquelles ces hallucinations tiennent une grande place (délire de persécution) ne donnent pas naissance à de l'épilepsie partielle. Donc, je crois la comparaison plus spécieuse et plus séduisante que vraie.

En fait, l'hallucination auditive est un phénomène beaucoup plus complexe que l'épilepsie corticale, beaucoup plus *intellectuel*. Je me trouve ainsi amené à prendre la théorie intellectuelle, telle du moins qu'on la peut concevoir aujourd'hui, c'est-à-dire comme impliquant l'intervention nécessaire dans les phénomènes hallucinatoires de centres multiples, de tous ceux qui sont nécessaires à l'évocation des images dont l'ensemble et la synthèse réalisent la fausse perception. Indirectement, d'ailleurs, on peut prouver, par la clinique, l'intervention de ces multiples éléments corticaux (psychiques) dans la pathogénie des hallucinations. Qu'il s'agisse des hallucinations des mystiques ou des persécutés, des hystériques ou des gens sains en apparence, même des alcooliques, on retrouve, derrière et au-dessous, un *état mental* passager ou durable, évident ou plus ou moins latent, qui les conditionne et les explique.

En résumé, messieurs, je pense que le rôle du centre auditif, bien que *nécessaire*, n'est pas *suffisant* pour produire l'hallucination auditive. Il n'intervient, dans la règle, que d'une façon secondaire et, dans tous les cas, accessoire. L'hallucination n'est pas un simple délire des sensations, « c'est un véritable délire dans le sens le plus général du mot ».

M. Régis rappelant les premières observations publiées par lui d'hallucinations unilatérales, rapporte une nouvelle observation dans laquelle l'hallucination se produit en écho, s'exacerbe à l'occasion de nouvelles sensations réelles et n'exclut pas l'état de conscience. Entendant un morceau de musique, par exemple, elle le perçoit normalement, mais cette impression perçue se réveille ensuite spontanément reproduisant d'une façon tyrannique les sons déjà entendus, d'autant plus nettement que d'autres bruits quelconques réels se font entendre au moment de cette sorte d'hallucination-écho consciente. La lésion périphérique constatée était une otite catarrhale. Des bourdonnements eutotiques marquaient généralement le début des phénomènes hallucinatoires.

M. Paul Garnier. — En entendant M. Régis, j'ai compris mieux que jamais la nécessité de s'entendre, au préalable, sur la véritable valeur des mots, et je ne pouvais m'empêcher de penser que la plupart des phénomènes que notre collègue décrivait comme autant de caractères d'une hallucination appartiennent, en réalité, à l'illusion.

Voici un malade qui a des bruits dans les oreilles et ne peut entendre une musique militaire, par exemple, sans que son oreille soit désagréablement affectée, que les bruits s'accroissent et se transforment. Est-ce là une hallucination vraie? Il me semble difficile de l'admettre.

C'est une illusion subjective, rien de plus. En effet, il y a là, à l'origine du phénomène, une sensation réelle; l'oreille, influencée pathologiquement, *entend;* d'abord bourdonnante, chantante ensuite, elle finit par devenir *bavarde*, passez-moi le mot... Des voix sont entendues, mais elles sont nées de bruits transformés et ce point de départ sensoriel me suffit pour dire que la perception n'étant pas sans objet, il ne peut y avoir hallucination au point de vue clinique, cette différenciation entre l'illusion et l'hallucination est de la plus haute importance. L'existence ou l'absence d'hallucination est un des plus précieux éléments de diagnostic.

Nous savons tous que le persécuté-persécuteur en reste presque toujours à des illusions et des interprétations délirantes, tandis que le malade atteint de délire chronique ou psychose systématique progressive a nécessairement des hallucinations de l'ouïe. Je crois que nous devons considérer comme réel le phénomène dénommé : illusion, et je répéterai à ce propos la définition de Lasègue : l'illusion est à l'hallucination ce que la médisance est à la calomnie.

M. Parisot (de Nancy) présente le cerveau d'un malade qui était atteint pendant sa vie d'épilepsie partielle et qui présentait en même temps des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Celles-ci se montraient habituellement après les crises épileptiformes et duraient pendant deux ou trois jours; quelquefois elles remplaçaient ces crises et paraissaient en être les équivalents sensoriels. A l'autopsie, on a trouvé une tumeur située au niveau du lobe frontal. La zone rolandique et le lobe temporal n'étaient le siège d'aucune altération.

M. Wladimir Serbski. — Je veux insister sur la théorie des hallucinations psychiques, due à un auteur russe, Karvinski. Les aliénistes oublient toujours dans l'encéphale les centres sous-corticaux. Or, Meynert pense que la perception réelle est toujours fondée sur la perception de ces centres. Leur défaut de participation aboutirait non plus à une perception réelle, mais à une représentation sans objet. Dans les hallucinations, non seulement l'écorce, mais

les centres sous-corticaux sont troublés. M. Karvinski a développé la théorie de Meynert ; dans les hallucinations psychiques, pseudo-hallucinations, ou hallucinations motrices, le malade n'entend pas ou ne voit pas comme un homme normal ; il voit seulement mentalement, il n'entend pas le son extérieur, mais il entend seulement dans sa tête comme un langage intérieur. Dans ces cas, les centres sous-corticaux ne prennent aucune part dans la production des phénomènes psychiques, c'est l'écorce seule qui les produit. Ainsi les perceptions vraies exigent l'intervention de l'écorce et des centres sous-corticaux, les hallucinations psychiques, celles de l'écorce seule.

MM. Marie et Bonnet. — *Fait clinique pour servir à l'étude anatomo-pathologique des hallucinations.* — Les auteurs s'appuyant sur une autopsie de délirant chronique développent l'hypothèse d'une corrélation possible entre certains phénomènes hallucinatoires et certaines lésions corticales tardives. La lésion terminale des centres sensoriels serait l'aboutissant d'un processus antérieur, d'éréthismes se traduisant tout d'abord par des hallucinations déterminées. A défaut de documents anatomo-cliniques nombreux nécessitant une observation de longue haleine, les auteurs rappellent des cas analogues déjà publiés (cas de Garnier, Linoff, Féré, etc.).

MM. Vallon et Marie. — *Sur un cas de délire chronique religieux à hallucinations auditives et visuelles.* — C'est l'observation d'un délirant systématique mystique halluciné de l'ouïe à la suite d'un coup de revolver à la tempe, tentative de suicide commise dans la période d'inquiétude. Le malade entend un ennemi différent logé dans chacune de ses oreilles, mais il perçoit alternativement chacun d'eux des deux oreilles à la fois. Parvenu à la deuxième phase de son évolution, il contemple des visions consolantes divines. Elles sont peu nombreuses et toujours les mêmes, Dieu, la Vierge, radieuses, immobiles et muettes, en un mot totalement différentes des visions de l'alcoolique et en quelque sorte exclusives des hallucinations auditives avec lesquelles elles alternent. Jamais les visions ne parlent et on ne peut voir les ennemis qui parlent. Il semble y avoir irradiation et alternance entre les deux éréthismes visuel et auditif.

On en pourrait tirer des déductions au point de vue de la séméiologie spéciale et du mécanisme psychique des délires chroniques mystiques.

M. Séglas termine en résumant le débat. M. Vallon, parlant des hallucinations périphériques, a réclamé un nom à part, et propose celui de pseudo-hallucinations ; mais c'est là une expression qui prêterait à confusion avec des phénomènes analogues, mais distincts, décrits par Kandwisky. Ce sont pour Kandwisky des représentations mentales fixes et persistantes, mais ne s'extériorisant

pas ; on les pourrait confondre avec les hallucinations motrices étudiées par Séglas, dont elles diffèrent également ; c'est ce qui est arrivé à Baillarger, qui décrit ensemble ces deux ordres de phénomènes sous le nom d'hallucinations psychiques.

Celles décrites par Séglas correspondraient plutôt aux hallucinations de Kramer (motrices). M. Séglas considère les causes périphériques comme tout à fait secondaires, tout en reconnaissant les cas de Régis comme étant des hallucinations au sens de Tamburini. Il se refuse à admettre l'unilatéralité hallucinatoire comme permettant de défendre l'hypothèse d'une dissociation fonctionnelle des deux hémisphères.

La raison des divergences d'interprétations et des difficultés d'entente en ce qui concerne la distinction des hallucinations d'origine périphérique et des illusions ou interprétations délirantes, tient à ce qu'il existe des définitions et des théories différentes et il s'agirait de se mettre d'accord sur une terminologie commune.

Tamburini considère comme hallucinatoire tout phénomène de perception ne reposant pas sur une cause réelle extérieure au malade. Partant, les perceptions fausses basées sur des phénomènes réels, mais se passant dans les organes mêmes du malade, sont hallucinatoires ; c'est cette théorie que le rapporteur a tout d'abord admise implicitement.

M. Pitres clôt le débat et la séance après avoir soumis au Congrès quelques curieux cas d'hallucination chez les amputés percevant leur membre absent comme toujours existant et soumis à leur volonté. Il a observé 32 amputés ; beaucoup ont une sorte de pied fantôme au bout de leur moignon pour lequel ils prennent des précautions, comme craignant le froissement dans les foules ou la morsure par des chiens.

Cette fausse sensation tient, non à des habitudes psychiques seulement, mais aussi à certains états de cicatrice hétérotopique, car les modifications périphériques imprimées au moignon modifient l'illusion comme par exemple le port du pilon ou son absence. Weir-Mitchell a démontré par de curieuses expériences que l'on peut faire réapparaître par l'électrisation le pied fantôme dans l'esprit de vieux amputés qui en avaient perdu le souvenir ; l'électrisation de la cicatrice suffit souvent à faire réapparaître l'illusion.

M. Pitres a fait l'inverse et a fait disparaître le membre fantôme chez des amputés ayant l'illusion précitée, et cela à l'aide d'un procédé exactement inverse de celui de Weir Mittchell. Il cocaïnise la cicatrice du moignon à l'extrémité duquel le malade objective un pied imaginaire ; l'injection cocaïnique sous la cicatrice supprime subitement l'illusion et toute représentation mentale du pied fantôme devient et demeure impossible pendant toute la durée de l'influence cocaïnique.

Séance du lundi 3 *août* (matin). — PRÉSIDENCE DE M. PITRES.

Communications diverses.

M. CROCQ a étudié *l'hérédité croisée* d'après l'expérimentation sur les poulets particulièrement. Il a croisé deux races très différentes et note que les coqs ressemblaient identiquement aux mères, tandis que les poules ressemblaient aux pères. Pour éviter l'objection d'influence d'imprégnations antérieures, l'auteur a pris des animaux vierges élevés par lui-même. Il a toutefois noté l'influence manifeste de la vue seule sur les caractères morphologiques de la descendance. Une poule séparée entièrement d'un coq de race différente eut des poussins ayant quelques caractères de ce coq, qui avait été placé en cage à portée de sa vue.

M. A. VOISIN rapporte une observation détaillée de *céphalée opiniâtre avec lypémanie, idées et tentatives de suicide*, liées à une méningite et à un lac séreux comprimant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes gauches.

Cette malade fut traitée et guérie par l'opération de la craniectomie, pratiquée par M. le Dr Péan. M. Voisin a été conduit à cette intervention opératoire audacieuse et couronnée de succès par l'observation antérieure d'une malade assez semblable, mais qui mourut non opérée et qui fut trouvée à l'autopsie, atteinte de pachyméningite localisée à la région fronto-pariétale droite.

M. A. VOISIN donne ensuite lecture au nom de M. le Dr CLAUDE, d'une série d'expériences sur les animaux, au sujet des *myélites consécutives à l'action de toxines microbiennes*. L'auteur a expérimenté à ce point de vue la toxine du bactérium-coli, celles des microbes diphtéritique et tétanique et du bacille pyocyanique.

M. CROCQ lit un travail sur l'*acrocyanose* que nous reproduisons *in extenso :*

Avant de décrire le syndrome que nous désignons sous le nom d'acrocyanose, il est nécessaire de dire quelques mots sur deux maladies qui ont avec elle certaines ressemblances ; nous voulons parler de la *maladie de Raynaud* et de l'*œdème bleu de Charcot*. Raynaud, dans sa thèse inaugurale, en 1862, a le premier décrit une série de troubles circulatoires aboutissant à la gangrène symétrique des extrémités. Ces phénomènes que l'on désigne souvent sous le nom de maladie de Raynaud, se présentent sous deux formes différentes : l'*asphyxie locale* et la *gangrène symétrique*. L'*asphyxie locale* est, d'après l'auteur, le premier degré de la gangrène quoiqu'elle puisse également se manifester isolément sans que la personne qui en est atteinte

présente jamais aucun phénomène de gangrène. L'asphyxie ale des extrémités peut revêtir deux formes distinctes que ynaud a appelées : la *syncope locale* et *l'asphyxie locale* *oprement dite.*

Dans la *syncope locale*, l'extrémité pâlit, devient exsangue, refroidit, la sensibilité disparaît et la partie atteinte reste nme paralysée. Ce phénomène se produit ordinairement nétriquement dans un ou plusieurs doigts; il se montre par ès qui durent quelques instants, une heure ou même plus. s accès apparaissent souvent sans cause provocatrice, appréble ou bien à l'occasion d'une émotion, d'un léger abaissent de la température; ils ne s'accompagnent d'aucune dour, mais quelquefois il se produit à leur suite une réaction ec sensation d'onglée.

Dans l'*asphyxie locale*, les extrémités prennent une teinte anotique, soit blanc bleuâtre, soit ardoisée, soit même noire; la moindre pression détermine l'apparition d'une tache anche qui disparaît relativement lentement. Il n'y a en néral pas d'œdème et la sensibilité est abolie. La douleur presque constante, c'est un engourdissement pénible, une nsation de brûlure, des élancements; après l'accès se déclare e période de réaction avec fourmillements insupportables, is la peau reprend insensiblement sa coloration normale. ns l'intervalle des accès la peau présente un aspect sain. Ces ux formes d'asphyxie locale peuvent s'associer et alterner ; ns certains cas atypiques les douleurs sont surtout marquées rs que les troubles circulatoires paraissent insignifiants.

La *gangrène symétrique* débute, d'après Raynaud, par une s formes précédentes. Les doigts deviennent violacés, les uleurs deviennent de plus en plus fortes. Puis une petite lyctène se montre, s'ouvre, persiste quelques jours et se cicase. L'accès est terminé; mais bientôt les mêmes phénoènes se reproduisent. Chaque ulcération laisse à sa place une catrice dure, blanche, déprimée, qui à la longue donne au igt un aspect chagriné. Cet aspect parcheminé peut aussi se oduire sans phlyctènes : la peau prend alors une coloration une en un endroit, elle se dessèche et se ride.

La gangrène peut encore se produire sans phlyctène : l'ongle la phalange deviennent noirs, un cercle inflammatoire appaît autour des parties mortifiées, l'escarre se détache et la citrisation s'opère rapidement. La partie mortifiée est en

général beaucoup moins grande qu'on pourrait le croire : le plus souvent la partie qui se détache n'a que 1 ou 2 millimètres d'épaisseur. Mais les phénomènes gangreneux se reproduisent, les doigts s'effilent, s'indurent, les ongles se déforment. D'après Raynaud cette maladie comprend trois périodes : la période d'invasion caractérisée par l'asphyxie locale, durant de quelques jours à un mois; la période d'état, accompagnée d'accès de douleur et de gangrène, durant une dizaine de jours; la période d'élimination des escarres durant de vingt jours à dix mois.

C'est la forme aiguë de la maladie; dans la forme chronique, les accès sont intermittents, moins graves et ne se reproduisent que rarement. La maladie de Raynaud est une affection du sexe féminin; elle se produit généralement entre dix-huit et trente ans. On l'a rencontrée chez des névropathes, des alcooliques, des tuberculeux, des syphilitiques, des diabétiques, le froid, les émotions, les troubles menstruels ont paru en être souvent la cause.

L'œdème bleu, décrit pour la première fois par Charcot, en 1884, débute ordinairement brusquement, à la suite d'un traumatisme physique ou moral, par une paralysie, une parésie ou une contracture d'un ou de plusieurs membres; bientôt les parties atteintes prennent une coloration d'un rouge vineux ou d'un bleu noirâtre, elles sont le siège de douleurs parfois très intenses et d'un œdème cutané très marqué. La pression détermine une tache blanche et un godet qui s'effacent assez doucement; la température des membres atteints est abaissée de plusieurs degrés. L'œdème bleu est permanent mais quelquefois, après avoir disparu, il revient périodiquement; il n'occupe généralement qu'un seul membre et siège toujours à son extrémité. Les observations d'œdème bleu sont jusqu'à présent peu nombreuses; les auteurs sont loin d'être d'accord au sujet de la pathogénie de cette affection. Charcot la croit due à un spasme des vaso-moteurs, Pitres l'attribue à leur paralysie, Gaksewicz à une lésion de l'endothélium, Alelekoff[1] admet, avec la majorité des auteurs, que l'œdème bleu dépend d'un spasme vasculaire, mais il fait remarquer que l'œdème est précédé de paralysie, de parésie ou de contracture du membre atteint, conditions qui favorisent la stase et l'œdème; car la

[1] Alelekoff. *Archives de Neurologie*, 1896.

rculation du sang dans les veines est due non seulement à ction aspiratrice du cœur et de la cage thoracique, mais aussi la contracture des muscles qui chassent le sang des veines urvues de valvules dans une seule et même direction, c'est-à-re vers le cœur. C'est pourquoi, dans les cas passagers, la sparition de l'œdème suit la disparition de la paralysie ou de contracture ; dans les cas durables, au contraire, les veines dilatent de plus en plus, les artères sont dans un état de asme permanent et la lésion des parois vasculaires se produit us la forme d'un gonflement et d'un décollement de l'endo-élium, d'hémorragies dans l'épaisseur des parois vasculaires de lésions cellulaires périvasculaires. Plus tard surviennent s lésions des nerfs dont la nutrition est perturbée. Toutes s lésions ont été constatées par Alelekoff dans un cas d'œ-me bleu qu'il a eu l'occasion d'autopsier.

Le *pronostic* de l'œdème bleu est favorable pour les cas ssagers, il est grave pour les cas durables, à cause des sions profondes qu'il provoque après un certain temps.

Le *traitement* de cette affection doit s'adresser à l'hystérie.

La maladie à laquelle nous donnons le nom d'*acrocyanose* est ni la maladie de Raynaud, ni l'œdème bleu de Charcot, ıoiqu'elle se rapproche par certaines particularités de ces ux affections.

L'acrocyanose débute insensiblement : la malade s'aperçoit ı jour que ses mains et ses pieds sont plus violacés qu'aupa-vant ; la coloration cyanotique existe d'une manière perma-ente, mais elle est quelquefois plus accentuée à certains oments de la journée ; la cyanose existe sur toute l'étendue s mains ; vers le poignet elle diminue insensiblement ; elle t également très accentuée aux orteils, mais à la face dorsale ı pied elle diminue progressivement. Cette coloration vio-cée est surtout marquée à la face dorsale des mains et des eds, leur face palmaire et plantaire est moins bleue et leur loration se rapproche plutôt du rouge. Ces modifications de uleur s'accompagnent d'altérations de la calorification locale de la sudation : le dos des pieds et des mains est glacé et c, tandis que leur face plantaire et palmaire est recouverte une abondante transpiration. La pression détermine, comme ans la maladie de Raynaud et comme dans l'œdème bleu, une ıche blanche qui ne se dissipe que lentement.

Le phénomène de l'asphyxie locale ou du doigt mort peut se

montrer parfois mais il est plutôt rare. Si l'on couvre fortement les extrémités atteintes, le refroidissement et la cyanose n'en persistent pas moins.

L'acrocyanose peut persister pendant des mois sans aucune tendance à la production de phlyctènes ou de gangrène ; elle est susceptible de guérir et ne constitue pas un phénomène grave. Elle diffère de la maladie de Raynaud par son caractère permanent, par l'abssnce d'asphyxie locale et par l'absence de tendance à la production de phlyctène ou de gangrène; elle se distingue de l'œdème bleu de Charcot par l'absence d'œdème, de paralysie, de parésie et de contracture. L'état général du malade est excellent, sa température normale. Dans les deux cas que nous avons eu l'occasion d'observer, l'acrocyanose s'est développée chez des hystériques ; aussi croyons-nous que ces phénomènes dépendent des troubles circulatoires vaso-moteurs provoqués par la névrose hystérique.

La première malade que nous avons eu l'occasion d'observer était alitée, à l'hôpital Saint-Pierre, dans le service de notre maître, M. le professeur Rommelaere. Elle était âgée de vingt ans et était entrée à l'hôpital en novembre 1895, pour un rhumatisme articulaire aigu. Son hérédité était peu chargée : mère morte en couche, père, âgé de soixante-dix ans, bien portant; deux frères et sœurs bien portants, un frère mort en bas âge.

Comme antécédents personnels, elle ne signalait que des accidents hystériques. Elle était bien réglée. Pendant le cours de son rhumatisme, nous constatâmes des accès hystériques, du tremblement émotionnel passager, un rétrécissement du champ visuel et des plaques d'anesthésie. Environ quinze jours après son entrée à l'hôpital, Philomène van D... commença à tousser, l'examen de la poitrine dénota une pleurésie droite avec épanchement.

Au commencement de janvier 1891, nous fûmes frappés par la coloration spéciale des extrémités qui présentaient tous les signes de ce que nous avons appelé l'acrocyanose. Cette particularité existait, au dire de la malade, depuis deux mois, et avait débuté insensiblement; la cyanose était permanente quoiqu'un peu plus accentuée à certains moments de la journée; les douleurs étaient insignifiantes, la sensibilité persistait, peut-être était-elle diminuée, mais elle n'était sûrement pas profondément altérée. Philomène eut encore dans la suite des accès d'hystérie; sa pleurésie guérit; mais l'acrocyanose resta toujours identique. La malade quitta l'hôpital en avril complètement guérie de son rhumatisme articulaire et de sa pleurésie, mais toujours hystérique et acrocyanotique.

La seconde malade chez laquelle nous avons constaté l'acrocyanose, vint nous trouver en février dernier pour être guérie de ses attaques de nerfs; elle était âgée de vingt-deux ans et avait des crises hystériques depuis environ trois ans. Comme antécédents héréditaires, il n'y avait que de l'hystérie du côté de la mère; elle était enfant unique.

Comme antécédents personnels, rien que l'hystérie. La malade portait tous les stigmates de la névrose. Elle était bien réglée. La coloration cyanotique des mains nous frappa aussitôt; elle était identique à celle qu'avait présentée Philomène van D... Leur face dorsale était froide et sèche, leur face palmaire était recouverte d'une transpiration froide. Les orteils et la partie adjacente du pied présentaient les mêmes caractères. La sensibilité était normale aux extrémités. La malade affirma être atteinte de cette infirmité depuis un an environ; elle dit que ses mains et ses pieds avaient insensiblement changé de couleur, qu'ils s'étaient refroidis, et que leurs faces palmaire et plantaire étaient continuellement humides. Elle n'avait jamais ressenti de véritables douleurs dans les extrémités atteintes, tout au plus avait-elle perçu quelques fourmillements; jamais ces extrémités ne reprenaient leur coloration ordinaire, jamais la cyanose ne s'était manifestée sous forme d'accès, jamais il n'y avait eu de phlyctènes ni d'œdèmes. Nous instituâmes un traitement antihystérique : antispasmodiques, hydrothérapie, électrothérapie, traitement moral et hygiénique.

Les symptômes névrosiques s'amendèrent rapidement; les mains et les pieds récupérèrent insensiblement leur coloration et leur température normales; au bout de deux mois de traitement, la malade ne présentait plus aucun symptôme morbide.

Ces deux observations montrent bien ce qu'il faut entendre, à notre avis, par acrocyanose : c'est une cyanose des extrémités, ressemblant à celle de la maladie de Raynaud et à celle de l'œdème bleu de Charcot, mais en diférant par plusieurs caractères importants. Tandis que la cyanose de Raynaud se manifeste par accès suivis d'une période de réaction, qu'elle s'accompagne souvent de douleurs très vives, qu'elle alterne avec la syncope locale, qu'elle favorise la production de phlyctènes et de gangrènes, qu'elle amène l'abolition de la sensibilité cutanée des parties atteintes, l'acrocyanose est permanente, donne lieu à des douleurs peu intenses, ne s'accompagne le plus souvent pas de syncope locale, ne provoque pas l'apparition de phlyctènes ou de gangrènes et ne produit aucune abolition de la sensibilité. L'œdème bleu de Charcot se caractérise par une cyanose avec œdème accompagnant une

paralysie, une parésie ou une contracture et donnant lieu à des douleurs très intenses; l'acrocyanose au contraire se montre sans œdème, sans paralysie, sans parésie, sans douleurs bien intenses.

La maladie de Raynaud, comme l'œdème bleu de Charcot et comme l'acrocyanose, reconnaissent toutes trois pour cause des perturbations des centres nerveux, mais cette dernière affection nous semble être plus spécialement un phénomène hystérique vaso-moteur. On trouvera certes des cas atypiques au sujet desquels il sera difficile de se prononcer ; il n'en est pas moins vrai que l'acrocyanose typique existe. Son pronostic est essentiellement bénin et son traitement, dans les cas analogues à ceux que nous avons observés, se résume dans la médication antinerveuse.

M. Ballet, en son nom, et en celui de M. Brissaud, rend compte des résultats de ses recherches histologiques sur les *centres médullaires dans les cas de section de nerfs périphériques* (*sciatiques*) et anémie de la moelle, par compression de l'aorte abdominale chez le cobaye. Dans ce dernier cas, il y a une paraplégie plus ou moins durable, selon la durée de la compression. L'examen microscopique, par le procédé de Nissl, montre que la cellule quadrangulaire, qui est à bords concaves, avec noyau central, dans l'état normal, perd ses granulations chromatophiles (exode du noyau), s'arrondit, rompt ses prolongements, et aboutit à une forme en sac, avec confusion finale du kinétoplasma et du trophoplasma. On peut observer différents degrés de ces altérations, suivant qu'on provoque une anémie complète ou par reprises. Contrairement à l'opinion de M. Marinesco, il n'y a pas de différence sensible, selon que la dégénérescence suit une section périphérique ou une anémie spéciale.

A la suite d'une observation de *paralysie générale de longu durée, avec autopsie confirmative* de M. le Dr Lapointe, une discussion s'engage sur la question de l'évolution anormale et des rémissions ou intermissions dans la méningo-encéphalite.

MM. Charpentier, Régis, Séglas et Doutrebente y prennent part.

M. Arnaud rappelle que les adhérences et les épaississements méningés sont loin d'être significatifs à l'autopsie, étant donné même que l'examen histologique n'est pas encore caractéristique, tant qu'on ne sera pas d'accord sur la nature parenchymateuse ou interstitielle du processus type.

M. Vallon. — Les cas de paralysie générale à longue durée, sans être très fréquents, ne sont cependant pas aussi rares qu'on le

croit communément. Mais, à cet égard, il convient de distinguer deux ordres de faits. La longue durée de la paralysie générale tient le plus souvent à ce que sa marche, au lieu d'être progressive présente des *rémissions*, c'est-à-dire des périodes pendant lesquelles la plupart des symptômes s'atténuent plus ou moins ou des *intermissions*, c'est-à-dire des phases où tous les symptômes disparaissent pour constituer des guérisons temporaires. A côté de ces cas il en est d'autres plus rares dans lesquels la maladie, sans s'amender, à proprement parler, s'arrête à une certaine période, se cristallise pour ainsi dire pendant des années. Il n'y a pas alors rémission, encore moins intermission mais simplement arrêt dans l'évolution. J'ai observé un certain nombre de faits de cet ordre et j'ai dans mon service quelques paralytiques arrêtés depuis plusieurs années, dont un depuis dix ans. Un de mes anciens internes en a fait le sujet de sa thèse. Il serait très important de pouvoir établir le pronostic de ces évolutions anormales. Je ne crois pas qu'il existe de signes permettant de l'établir, cependant je crois qu'elles sont bien plus fréquentes dans la variété maniaque. Quant aux arrêts, ils surviennent généralement dans la deuxième période, lorsque les malades prennent de l'embonpoint.

M. Seligman, au nom de MM. Raymond et Souques, donne lecture d'une note sur la *paraplégie spasmodique familiale* et une autre sur l'*épilepsie partielle dans l'acromégalie*. Les examens microscopiques ont été faits dans ces différents cas. En particulier, l'acromégalique à épilepsie partielle fut trouvé porteur d'une tumeur de la glande pituitaire comprimant la base cranienne. Les auteurs, en raison de la constance, aujourd'hui reconnue, des altérations de la glande pituitaire, estiment que l'épilepsie jacksonienne doit être rangée parmi les complications fréquentes de l'acromégalie.

M. Doutrebente communique la première partie d'un travail (1789-1827) sur l'*Hospitalisation des épileptiques, idiots et aliénés dans le département de Loir-et-Cher*. Il montre successivement les aliénés placés avec les détenus politiques et condamnés ordinaires dans les anciens couvents de Blois, à la maison d'arrêt, puis à la maison de réclusion des Saintes-Maries, et placés enfin, en 1827, dans un petit asile situé malheureusement en un point où l'agrandissement était impossible (bureau de bienfaisance actuel), en face le château de Blois, visité par le Congrès de 1892.

M. le D[r] Doutrebente passe rapidement en revue certaines pièces historiques très intéressantes, établissant que l'administration révolutionnaire avait organisé le secours représentatif en argent à domicile pour les épileptiques, qui ne pouvaient être maintenus dans les hôpitaux ordinaires.

M. le D[r] Rouby cite un cas d'*hallucination* analogue à celui de

Mlle Couesdon, cette personne de Paris qui communique depuis six mois environ avec l'ange Gabriel. La malade, qui fait le sujet de cette observation, est atteinte de folie hystérique. Elle jouit d'une très bonne santé et les symptômes hystériques sont très peu marqués. Pendant treize années, Mlle X... est atteinte d'hallucinations de l'ouïe pendant le jour, et pendant la nuit elle entend des injures et des accusations diverses; de plus, pendant la nuit, les hallucinations de l'ouïe se compliquent d'hallucinations du sens génital. En 1880, les hallucinations du sens génital cessent brusquement, à la suite d'une grande vision pendant laquelle un ange, grand comme un homme, en robe blanche, une belle figure, lui apparaît et lui dit : « Je serai tout pour toi et je ferai des miracles en ta faveur; il a pâli de plus en plus et s'est évanoui. » Depuis cette époque, Mlle X... est en communication avec l'ange Raphaël et causé avec lui, comme Mlle Couesdon cause avec l'ange Gabriel. Si Mlle X... est seule, la conversation est silencieuse ; mais si quelqu'un la prie de parler à l'ange, Mlle X... fait ses demandes à haute voix et nous avons alors les conversations suivantes : Voulez-vous demander à l'ange s'il fera beau temps demain ? Mlle X... interroge l'ange : « Ange Raphaël fera-t-il beau temps demain ? » — Un temps de silence pendant lequel Mlle X... écoute, puis elle répond : « L'ange répond qu'il fera beau. » Ainsi de suite, toutes les demandes et toutes les réponses se font de même. Comme il arrive qu'une fois sur deux les faits se produisent comme elle les annonce, quelques-unes de mes malades et d'autres personnes ne sont pas éloignées de croire qu'elle dit vrai et qu'elle communique avec l'ange Raphaël. En lisant les anecdotes racontées dans les journaux au sujet de Mlle Couesdon, j'ai pensé que mon cas de folie était similaire à celui de cette voyante et qu'il était intéressant de les comparer.

Séance du 3 août (soir).

DEUXIÈME QUESTION DU PROGRAMME.

Séméiologie des tremblements.

M. le Dr Lucien LAMACQ. — On dit qu'une partie du corps tremble quand elle décrit une série d'oscillations rythmiques de part et d'autre de sa position d'équilibre ; non seulement les membres peuvent être atteints mais encore les paupières, les yeux, les lèvres, la langue, la mâchoire, la rotule...

Pour faciliter l'étude des tremblements, on peut les classer de la façon suivante : 1° tremblements au repos (paralysie agitante) ; 2° tremblements dans les mouvements volontaires (sclérose en plaques) ; 3° contractions anormales au repos (chorées) ; 4° contractions anormales dans les mouvements (ataxie).

On peut distinguer, en outre, selon l'intensité :

1° Tremblements lents (3 à 5 oscillations par secondes).
2° — moyens (6 à 7).
3° — rapides, vibratoires (8 à 9).

Selon la localisation enfin, il y a des tremblements généralisés ou partiels.

Abordant ensuite l'étude clinique, l'auteur donne les résultats des recherches faites par M. le professeur Pitres, sur la fréquence des tremblements dans les affections nerveuses et mentales. Voici les moyennes relevées :

Hystérie	hommes . .	7	avec tremblements. .	2
			sans — . .	5
	femmes. . .	42	avec — . .	15
			sans — . .	27
Total.	trembleurs. . .	17		
	non trembleurs.	32		

Moyenne : 1 trembleur sur 3 hystériques ou environ 34,6 p. 100.

Neurasthénie (139 cas).	hommes . .	61	avec tremblements. .	54
			sans — . .	7
	femmes. . .	78	avec — . .	66
			sans — . .	12
Total.	trembleurs. . .	120		
	non trembleurs.	19		

Moyenne : 85 trembleurs sur 100 neurasthéniques.

Épilepsie (51 cas). . .	hommes . .	23	avec tremblements. .	7
			sans — . .	16
	femmes. . .	28	avec — . .	3
			sans — . .	25
Total.	trembleurs. . .	10		
	non trembleurs.	41		

Moyenne : 20 trembleurs sur 100 épileptiques.

Vésanie (28 cas). . . .	hommes . .	8	avec tremblements. .	3
			sans — . .	5
	femmes. . .	20	avec — . .	4
			sans — . .	16
Total.	trembleurs. . .	7		
	non trembleurs.	21		

Moyenne : 25 trembleurs sur 100 vésaniques.

Si l'on étudie par comparaison le gens normaux au point de vue des tremblements partiels assez communs, on trouve :

Tremblements des mains seules	13,20	p. 100
— de la langue seule. . . .	6,45	—
— des deux à la fois	26,16	—

Ces statistiques tendraient d'ailleurs à démontrer que les tremblements vibratoires sont presque aussi fréquents chez les sujets

dits normaux que chez les nerveux constatés. L'auteur aborde enfin l'étude des tremblements associés entre eux ou combinés à des mouvements anormaux.

En résumé, la valeur séméiologique des tremblements est variable parce qu'il y a de nombreuses formes de transition entre les divers types décrits, parce que certaines formes sont encore mal définies et mal connues. Ils peuvent, dans beaucoup d'affections, n'être qu'une manifestation épisodique sans grande importance. D'autres fois, au contraire, ils constituent un symptôme de haute valeur quand leur présence est constante dans une affection. Il serait utile aussi de savoir dans quel cas le tremblement est un symptôme purement fonctionnel, dans quel cas il est la manifestation précise d'une lésion organique. Il est impossible aujourd'hui de rien dire à ce sujet de bien scientifique.

Le tremblement à forme vibratoire est extrêmement fréquent chez des sujets en apparence normaux. Peut-être est-on en droit de considérer le tremblement émotif, le neurasthénique et celui du goitre exophtalmique comme une simple accentuation de ce tremblement que l'on rencontre chez plus de 40 p. 100 des personnes en bonne santé.

Le tremblement de la paralysie générale paraît vraiment caractéristique, au moins sur les tracés graphiques où l'on observe les « décharges » sur lesquelles a insisté M. Chambard.

Quant à la trépidation épileptoïde, sa valeur séméiologique est très grande, parce que son aspect clinique est nettement défini et que, de plus, elle correspond d'une façon presque absolument constante à la sclérose des cordons latéraux.

M. Delmas communique une observation, recueillie dans son service hydrothérapique de Saint-André, de *tremblement et spasme rythmé*, avec stigmates hystériques tardifs, chez un jeune homme de dix-neuf ans, paraissant avoir pour origine un traumatisme remontant à cinq années. Guérison du spasme rythmé au bout de deux mois et demi par l'hydrothérapie et la médication bromurée. En voici les conclusions : 1° le tremblement et les spasmes rythmés, dont nous venons de vous exposer l'histoire, semblent bien appartenir à la catégorie de ceux ayant pour cause première un traumatisme initial, mais avec cette circonstance rare, que le traumatisme était bien antérieur au début du spasme rythmé. Et, par un concours fortuit, celui-ci a accusé tardivement son caractère hystérique, bien après son propre début; 2° il est donc sage dans tout état névrosique plus ou moins obscur, dans ses origines et sa nature propre, de réserver son jugement, et comme le recommandent Charcot et ses savants successeurs, de songer toujours à l'hystérie, avant d'asseoir son diagnostic définitivement; 3° peut-être pourrait-on conclure encore de ce fait que, dans ses nombreuses trans-

ormations et manifestations locales, l'hystérie met le plus souvent n jeu tour à tour l'ensemble du système nerveux céphalo-rachidien sympathique, d'où l'indication naturelle pour combattre ces ianifestations plus efficacement, de s'adresser de préférence à des iérapeutiques généralisant elles-mêmes leurs effets à tout l'organisme ; 4° dans le cas présent, bien que six mois se soient écoulés epuis la guérison du spasme rythmé, on ne peut l'affirmer qu'avec éserve de l'avenir, l'hystérique restant à l'état latent ; 5° l'action édative et tonique tout à la fois de la médication hydriatique, btenue par certaines formules et secondée par les préparations romurées a été trop lente et graduelle, pour ne pas la considérer omme ayant agi méthodiquement, et non pas seulement selon un ode impressionniste accidentel ou par simple suggestion.

M. Crocq fils. — Je ne suis pas de l'avis de M. Lamacq sur l'existence des tremblements à l'état normal ; je crois que les sujets que on considère comme normaux et chez lesquels on a constaté du emblement étaient, en réalité, des neurasthéniques ou des alcooques. Je ferai remarquer, du reste, que M. Lamacq a expérimenté ır des méridionaux, qui sont pour la plupart entachés de nervosme ou d'alcoolisme ; c'est pour cela sans doute qu'il a rencontré ne proportion égale de trembleurs dans le sexe masculin et dans sexe féminin. Cette proportion, j'en suis convaincu, rerait modiée si l'on expérimentait sur les habitants du Nord. En Belgique, particulier, il y a beaucoup plus d'hommes qui tremblent que de mmes, parce que les femmes sont peu émotives et que les hommes nt souvent des alcoolisés. Ce qui démontre encore que l'alcoome joue un rôle dans la production de ce tremblement, c'est que lui-ci est beaucoup moins fréquent dans les classes aisées que ıns les classes pauvres où les habitudes d'intempérance sont plus pandues.

En ce qui concerne les tremblements atypiques ou les associaons des tremblements avec des mouvements ataxiformes et choiformes signalés par M. Lamacq, je crois que dans le plus grand ombre des cas ils doivent être attribués à la coexistence de l'hysrie avec une affection organique. Chez une malade atteinte de lérose en plaques que j'ai observée et qui présentait, en dehors tremblement typique de cette affection, des mouvements arythiques, j'ai pu faire disparaître par la suggestion les mouvements ormaux surajoutés au tremblement de la sclérose en plaques ; je crois donc autorisé à dire que les premiers relevaient de l'hysrie et je ne suis pas éloigné de croire qu'il en est souvent ainsi.

M. Parisot. — *Du tremblement chez les normaux.* — L'auteur nale un dispositif spécial pour déceler le tremblement qui existe ez tous les gens normaux, même à l'état de complet repos. L'appareil est dû à M. Meyer.

M. MEYER s'est mis gracieusement à la disposition des membres du Congrès pour leur montrer son appareil très ingénieux, très simple. Il a pris un certain nombre de tracés venant à l'appui de la communication de M. Parisot.

M. BERNHEIM. — *Du traitement des tremblements par l'hypnotisme.* — Quels sont, parmi les divers tremblements, ceux qui sont curables? Voici le résultat de ce que j'ai observé. Le tremblement hystérique, à moins qu'il ne se soit éternisé, est toujours curable par suggestion : exemple, une fillette avait un tremblement de la main droite ; elle ne pouvait marcher par suite d'une douleur plantaire ; ces accidents étaient survenus à la suite d'une émotion. Je l'ai guérie par *suggestion* et non par hypnotisme.

Il en est de même de la chorée hystérique ; ce n'est pas une vraie chorée ; c'est une chorée par *imitation*, par *auto-suggestion*. La chorée vraie résiste à la suggestion ; on peut cependant diminuer l'*amplitude* des mouvements choréiques ; on fait disparaître ce qui est *névropathique ;* on enlève ce qu'il y a de trop, au bout de six semaines, après l'évolution de la maladie infectieuse qui semble être la cause de la chorée de Sydenham. Parfois la chorée s'éternise par mise en branle de l'état nerveux : la suggestion arrête alors le branle.

Le *paramyoclonus multiplex récent* est aussi curable de cette façon ; l'*entraînement suggestif* à l'état de veille produit la guérison. Le paramyoclonus multiplex est en germe dans les secousses d'impatience de certaines personnes. A l'état de maladie, s'il n'est pas ancien, incrusté dans les centres nerveux, il guérit par suggestion.

Dans la sclérose en plaques on peut aussi réussir par l'hypnose et la suggestion à supprimer le phénomène tremblement intentionnel ; ce symptôme n'est donc pas inhérent à la maladie organique : il peut être déterminé dynamiquement par les lésions. Dans 2 cas j'ai vu ainsi le tremblement disparaître.

Les tremblements post-hémiplégiques cèdent souvent aussi à la suggestion. J'ai vu un homme atteint d'hémiplégie avec un tremblement à type de paralysie agitante. L'action psychique de l'aimant a guéri ce tremblement.

Je ne voudrais pas dire cependant que tous les tremblements post-hémiplégiques soient accessibles à la suggestion.

Les tremblements alcooliques et saturnins sont accessibles à la suggestion.

Dans la paralysie agitante, le tremblement résiste absolument à la suggestion : il est lié aux lésions organiques.

Dans la maladie de Basedow, on ne supprime pas davantage le tremblement par suggestion.

MM. SABRAZÈS et CABANÈS. — *Nystagmus vibratoire de nature hystérique provoqué dans l'hypnose.* — Le nystagmus s'observe parfois

spontanément dans l'hystérie. Ce nystagmus vibratoire ne ressemble nullement aux oscillations inégales et assez lentes se produisant surtout dans les positions extrêmes du regard qu'on observe dans la sclérose en plaque. Le strabisme interne qui l'accompagne est très remarquable parce qu'il persiste dans la vision éloignée, car s'il est possible normalement de loucher en fixant un objet proche, le fait est tout à fait extraordinaire quand l'un des yeux regarde au loin. Ce nystagmus est accessible à la suggestion comme les autres manifestations de la névrose. On peut le provoquer expérimentalement chez des hystériques, alors que normalement il est d'une simulation impossible.

M. A. Voisin signale ensuite quatre observations de malades non hystériques, avec vibrations musculaires involontaires, perceptibles à l'oreille à distance et incoercibles. Dans ces cas le tremblement s'accompagne de bruits de craquement perceptibles à distance.

M. Garnier rappelle les études de M. Lefiliâtre sur le *tremblement des alcooliques* et signale l'intérêt de l'enregistrement des tracés pour déceler l'action convulsivante des essences alcooliques (absinthe, anis, etc.), dont l'ingestion produit des décharges spasmodiques musculaires, lesquelles se traduisent dans le tracé sphygmographique par des oscillations particulières plus vastes, accidentant le tracé ondulé régulier et monotone de l'alcoolique simple non absinthique.

M. Vallon. — Un de mes élèves a trouvé, chez les paralytiques généraux, un tracé à peu près identique à celui découvert chez les absinthiques.

M. Régis. — Ces décharges ataxiformes, existant dans la paralysie générale ne sont donc pas pathognomoniques des alcooliques absinthiques.

M. Garnier. — J'ai voulu dire que le tracé des alcooliques absinthiques n'était pas identique à celui des alcooliques ne buvant pas de l'absinthe.

M. Doutrebente. — Je tiens à faire remarquer à M. Garnier que ce qu'il met sur le compte de l'absinthe doit être mis sur celui de l'essence d'anis et de l'essence de badiane qui entrent dans la constitution des absinthes, à l'exclusion de l'absinthe vraie.

M. Parant appelle l'attention sur le tremblement de la langue de certains mélancoliques, que l'auteur a remarqué être généralement d'origine infectieuse. Quand on observe ce tremblement en masse lent et comparable à celui d'une petite masse gélatineuse, chez des mélancoliques on peut pronostiquer un état curable, non héréditaire, mais plutôt infectieux.

M. Charpentier, à propos des mélancoliques précités invoque comme cause d'intoxication secondaire, même chez les mélancoliques héréditaires, les auto-infections par désordres gastro-intestinaux.

M. Régis va plus loin que M. Parant et estime que le tremblement lent de la langue est pathognomonique de toutes les étiologies infectieuses des psychoses non seulement mélancoliques mais maniaques, y compris le délire aigu dont le pronostic est loin d'être favorable, alors que M. Parant considérait ce signe comme indice de curabilité.

M. Pitres, revenant sur l'opinion de M. Bernheim concernant l'action des aimants purement psychique selon lui, rappelle une expérience de Schiff à laquelle il a assisté à la Salpêtrière et qui démontre l'action magnétique, indépendamment de l'action psychique indiscutable. Avec une barre de fer doux entourée d'un solénoïde, Schiff examina les malades de Charcot, lançant le courant à l'insu des malades et de tout le monde et aimantant le fer à volonté il releva l'action magnétique dans les cas d'aimantation par le courant à l'exclusion de toute influence sur les malades en l'absence de courant et partant d'aimantation. Au sujet des malades signalés par M. A. Voisin et présentant des contractions musculaires bruyantes pouvant aller jusqu'à une sorte de claquement tendineux, M. Pitres rappelle les sujets analogues offrant ce phénomène susceptible d'être produit volontairement et déjà connus parmi les médinms spirites, dits médiums frappeurs. Chez eux les coups frappés soi-disant dans l'obscurité par l'esprit évoqué ne sont autres que des bruits tendineux voulus ou inconscients, tout à fait comparables aux bruits musculaires signalés par M. Voisin à propos des tremblements.

Séance du mardi 4 août (matin). — Présidence de M. Vallon.

TROISIÈME QUESTION DU PROGRAMME.

De l'internement des aliénés.

M. le Dr Paul Garnier. — Considéré au double point de vue de la thérapeutique et de la législation, l'internement des aliénés est l'une de ces questions majeures qui se replacent, à de courts intervalles, comme par l'effet d'une nécessité admise par tous, sous le champ de l'attention et de la discussion.

Aucune n'est plus propre, en tous les cas, à servir de base aux débats d'un Congrès de neurologistes et d'aliénistes ; et, si l'on peut accorder qu'il est des sujets plus neufs, il faut dire aussi qu'il n'en est point pour faire intervenir de plus graves intérêts et pour sou-

mettre de plus sérieux problèmes à l'esprit du philosophe, du législateur, du moraliste et du médecin.

Dans l'occurrence présente, il convient, pourtant, de lui reconnaître un défaut : elle est infiniment trop vaste; autour d'elle gravitent tant de sous-questions, qu'un volume ne suffirait pas à en donner l'exposé complet. L'auteur a su tourner la difficulté d'une aussi lourde tâche, en touchant successivement les principaux points sur lesquels il importait d'orienter des discussions qui ne sauraient manquer d'être utiles et fécondes.

Après un rapide historique de la question, il traite, en clinicien, l'opportunité de l'internement en ce qui concerne chaque catégorie particulière de malades ; c'est ainsi qu'il étudie successivement à ce point de vue, le maniaque, le mélancolique, le paralytique, le persécuté, les dégénérés et congénitaux, les convulsifs (épilepsie, hystérie), alcoolisés et déments — au sujet de ces derniers, il signale l'amélioration entreprise par la série de colonies familiales d'hospitalisation. On peut ramener à 17 points la conclusion du rapport de M. Garnier.

I. — Dans l'état actuel de nos connaissances en psychiatrie, l'isolement reste comme la meilleure et la plus essentielle des mesures à appliquer dans la plupart des cas au traitement de la folie. Son efficacité est d'autant plus grande qu'il est effectué à une date plus proche du debut de l'affection.

II. — La qualification de dangereux appliquée à tel ou tel aliéné ne suffit pas comme critérium d'internement, car on doit hospitaliser également les malades avant qu'ils n'aient troublé l'ordre ou menacé la vie de leurs semblables.

III. — Les progrès réalisés en pathologie mentale et dans l'hospitalisation spéciale tendent à la suppression des marques de contraste physique.

IV. — Les nécessités du traitement moral et pharmaceutique exigeraient que les malades confiés à chaque chef de service fussent beaucoup moins nombreux afin de pouvoir être suivis et étudiés de plus près.

V. — Le traitement moral ne semble pas pouvoir prendre pour base le système de l'intimidation par la menace ou l'application d'une punition. Il emprunte sa principale valeur à l'autorité de la parole du médecin et aux manifestations d'une bienveillance affectueuse et inlassable que beaucoup d'aliénés savent encore apprécier.

VI. — Si l'asile moderne doit se faire riant, perdre de plus en plus le sombre aspect des établissements d'autrefois, s'annexer des exploitations agricoles et donner, dans la mesure du possible, à l'aliéné l'image de la vie sociale, à laquelle son délire a contraint

de l'arracher, l'expérience n'est pas suffisamment faite relativement à l'utilité des *visites à volonté* sans aucune réserve quant à la période et aux phases de la maladie et sans fixation aucune de jour et d'heure, comme le voudrait une nouvelle méthode.

VII. — Les sorties provisoires ou à titre d'essai dont on ne peut méconnaître les inconvénients au point de vue administratif et relativement aux manifestations de la capacité civile, présentent pourtant des avantages prédominants en permettant d'opérer une transition utile et d'octroyer la liberté en quelque sorte à titre conditionnel.

VIII. — Les plus grandes réserves sont commandées quand il s'agit d'autoriser la sortie de certains malades que la logique même de leur délire rend éminemment dangereux, les délirants persécutés, par exemple, dont les efforts de dissimulation peuvent parvenir à tromper le médecin et l'amener à croire à la disparition de conceptions morbides, alors que celles-ci se cachent seulement.

IX. — La diminution constatée, ces dernières années, dans la proportion des guérisons est plus apparente que réelle et semble due à l'encombrement de nos asiles par des chroniques dont l'incurabilité est, le plus souvent, causée par le retard apporté à l'internement.

X. — La division de nos établissements spéciaux en *asiles de traitement* et *en asiles d'incurables* présente plus d'inconvénients que d'avantages et ne répond pas au progrès moderne. Mais il importe de désencombrer les asiles des affaiblis et des séniles qui n'y sont pas à leur place et pour lesquels l'assistance doit créer des hospices que rien n'oblige à placer sous le régime de la loi sur les aliénés.

XI. — L'aliéné convalescent ou guéri ne doit pas être abandonné à ses propres ressources, à sa sortie de l'asile. Le surveiller affectueusement, le protéger, le secourir est l'œuvre qui se recommande le plus à nos institutions de bienfaisance, soit publiques, soit privées, et il y a lieu de donner un développement beaucoup plus grand à nos sociétés de patronage.

XII. — La loi du 30 juin 1838, « pure dans l'intention qui l'a inspirée, bonne dans son principe, sage dans ses dispositions », a été un progrès considérable. Les exemples de séquestrations arbitraires attribuées à ses prétendues défectuosités ne résistent pas à l'examen.

XIII. — Rien n'établit que l'autorité administrative et la science médicale auxquelles cette loi attribue un rôle prépondérant et d'ailleurs logique, dans l'internement des aliénés, aient été inférieures

à leur mission contrôlée au surplus par l'intervention obligatoire de l'autorité judiciaire.

XIV. — Si des faits du genre de ceux que les adversaires de la loi du 30 juin 1838 ont cités, mais sans les appuyer des moindres preuves, pouvaient se produire, ils seraient imputables, non à la loi elle-même, mais à l'oubli de ses dispositions fondamentales.

XV. — Le principe essentiel de la loi votée par le Sénat (intervention judiciaire) se heurte à d'insurmontables difficultés et n'augmente pas les garanties réelles contre la violation de la liberté individuelle.

XVI. — La loi du 30 juin 1838, suffisante à ce point de vue, l'est moins à celui des précautions relatives à la sortie d'aliénés dangereux suspects de rechute. Elle est heureusement complétée par les articles 36, 37, 38, 39 et 40 du projet.

XVII. — Il y aurait lieu d'étendre aux délirants alcooliques récidivistes les précautions précitées.

M. Charpentier pense que les malades à ne pas interner dans les asiles ordinaires mais relevant d'asiles spéciaux sont : certains cas de tentatives de suicide, certains déments séniles ou précoces, les épileptiques sains d'esprit et les épileptiques lucides et délinquants; les hystériques de la même catégorie, les idiots qui ne sont que des infirmes comme les sourds-muets et aveugles, beaucoup d'imbéciles non délinquants ni dangereux et les arriérés qui réclament des maisons d'éducation spéciales; un grand nombre de délinquants irresponsables se rencontrant dans les folies du caractère : folie morale, manie raisonnante, aliénés persécuteurs ou hallucinés, enfin alcooliques délirants récidivistes qu'il faut transformer en individus judiciaires. Ces individus ont besoin les uns de maison d'assistance, les autres de maison de surveillance, d'autres de maison de contention : les services à domicile, les placements familiaux, les colonies agricoles, des hospices spéciaux, des refuges, asiles de travail et sociétés de patronage doivent être étudiés et développés dans ce but. Le rôle de la punition, suivant l'auteur, n'est pas à rejeter, car il est salutaire comme moyen de discipliner ces malades; c'est par suite de la confusion actuelle de ces malades avec les malades ordinaires dans les asiles, qu'il est permis de défendre l'application des mesures coercitives disciplinaires qui sont indispensables dans l'asile de sûreté dont la loi prochaine peut nous doter.

M. Taty (de Lyon) défend la cause, condamnée par M. Paul Garnier, de la division des asiles en asiles de traitement et asiles d'incurables; il pense qu'en modifiant ces termes décourageants, on peut soutenir en théorie le principe d'une division des établisse-

ments d'assistance aux aliénés en hôpitaux de maladies aiguës et asiles de maladies chroniques.

Il ne se dissimule pas les difficultés pratiques d'une pareille séparation. Les problèmes qui se posent sont de deux ordres : l'un est un problème économique, pénible à résoudre, comme toutes les questions d'argent, mais dont on peut aider la solution par cette considération développée par M. le professeur Pierret, au Congrès de Lyon et à la Société d'Economie politique; l'autre est un problème législatif. L'hôpital de maladies aiguës ne peut rendre de services qu'à la condition d'être largement ouvert, non plus dans le sens de l'asile aux portes ouvertes de M. Marandon de Montyel, mais dans celui qui est indiqué dans les projets législatifs nouveaux, hôpital ouvert aux malades eux-mêmes qui pourraient y demander personnellement leur admission, ouvert aux familles et aux autorités qui pourraient y placer leurs malades sans les lenteurs actuelles si nuisibles, ouvert enfin dans les limites convenables aux étudiants en médecine, qui pourraient y venir puiser cet enseignement clinique spécial, plus étendu, qu'on réclame de tous côtés, et dont M. le président de la Cour de Bordeaux demandait l'année dernière d'étendre le bénéfice même aux étudiants en droit.

M. Doutrebente. — Rapport entre la *guérison de la folie et la durée de la maladie avant l'admission.* — Les malades soumis aux soins des médecins d'asile le sont trop souvent longtemps après le début du mal. M. Doutrebente n'en veut pour preuve que le résultat de ses recherches statistiques. La moyenne de la maladie avant l'admission pour les malades entrés à l'asile de Blois pendant l'espace de seize ans a été trouvée de onze mois et six jours. Dans ces conditions, on aurait mauvaise grâce à reprocher aux aliénistes leur impuissance relative, après les avoir placés dans la quasi-impossibilité d'obtenir des guérisons par le retard mis à l'internement.

Alors, on n'a pas le droit de dire que l'assistance des aliénés et leur traitement après onze mois de maladie est un leurre, un trompe l'œil, une mesure sociale inefficace parce qu'elle conduit trop souvent à l'incurabilité, à l'augmentation du stock des assistés et à l'encombrement des asiles.

M. Giraud ne croit pas qu'il y ait intérêt à demander deux certificats médicaux pour l'admission d'un malade faisant l'objet d'un placement volontaire. Ce danger d'un certificat unique est une erreur de diagnostic; ce qu'il faut examiner c'est la compétence du médecin certificateur, et on peut exiger des études spéciales, comme on tend à le demander pour les expertises. M. Garnier a exposé la nécessité d'établissements pour aliénés délinquants. Il faut distinguer, car à côté des aliénés vraiment dangereux se trou-

vent des malades victimes d'une erreur judiciaire sur lesquelles M. Garnier a appelé l'attention du Congrès d'Anthropologie criminelle de Bruxelles et pour lesquels il n'est pas besoin de mesures spéciales. M. Giraud termine en disant qu'il a été heureux de lire le chapitre du rapport concluant à la nécessité d'un patronage des aliénés convalescents ; il est non moins heureux d'annoncer au Congrès que l'essai de patronage tenté en Seine-Inférieure depuis 1889 est en pleine réussite.

M. Lapointe. — Dans le traitement des aliénés la thérapeutique ordinaire est peu de chose. Ce qui est de la plus haute importance c'est le traitement moralisateur dont l'élément le plus important est le travail surtout au grand air.

M. Marie. — Au risque de tomber dans des redites, après la note de M. Taty, je pense qu'on ne saurait trop insister sur cette question vitale de la distinction entre aliénés aigus et chroniques. Elle seule donnera la solution de la situation actuelle intolérable des médecins d'asiles écrasés par des contingents de 500 à 600 malades, dont les trois quarts échappent à toute action thérapeutique spéciale par leur état de chronicité qui les voue à une incurabilité fatale, et par l'impossibilité où est le médecin de les connaître. Noyés parmi ces chroniques, les aigus curables eux-mêmes en souffrent. Il faut donc éliminer les chroniques, je ne dis pas incurables ; pour ce faire, la colonisation agricole est insuffisante. Aucun moyen d'assistance ne saurait être repoussé et la colonie familiale répond à des catégories de malades très distinctes de celles que l'on pourrait éliminer par la colonisation agricole. Quant à l'exclusion de ces chroniques éliminés de la loi d'assistance et du budget des aliénés, ce serait une mesure étroite et funeste. La loi de 1838 est une loi de protection à l'action tutélaire de laquelle nos malades ont droit ; d'ailleurs, les *éléments* sont de catégories très diverses et le passage à l'asile est un principe emprunté à l'Ecosse qu'on doit énergiquement maintenir. L'aliéniste seul doit juger de ces questions de diagnostic de psychoses tardives, de démence simple ou de combinaison des deux.

A l'appui de la distinction nécessaire des maladies en aiguës et chroniques avec établissements d'assistance différents, on peut citer les statistiques sans réplique de Letcheworth (Congrès de Denver, 1892), le pourcentage des guérisons d'un asile où aigus et chroniques sont mêlés, est moindre que la moyenne combinée d'un asile d'aigus et d'une colonie de chroniques bien organisée. L'action déprimante de l'asile pour certains chroniques qui n'ont plus à y recevoir de traitement sérieux est démontré par l'*asylum dementia* décrit par les auteurs anglais et le réveil des malades replacés en un milieu familial normal après évacuation de l'asile. Enfin les préventions contre le placement familial doivent tomber

après l'expérience faite en France depuis quatre ans sur 500 malades, l'expérience de l'Ecosse depuis 1863 (2,000 malades) et les essais analogues de Liernieux, Ekaterniolon, etc.

En Angleterre, le principe est si bien adopté, qu'on l'applique même à la sortie conditionnelle des aliénés criminels et dangereux.

M. Paris. — A propos d'observations de malades violées et enceintes guéries d'un accès d'aliénation consécutif avant l'accouchement, estime qu'il y aurait quelque chose à faire pour mettre le médecin en situation de respecter à la fois et la loi et les prescriptions humanitaires ou sociales de sa conscience. Peut-être y aurait-il lieu de formuler le vœu que la loi qui régit les aliénés soit complétée par un article à peu près ainsi conçu :

Toute personne guérie d'un accès d'aliénation mentale qui demande à prolonger *momentanément* son séjour dans un asile jusqu'à sa guérison d'une maladie physique transmissible ou en raison d'un état passager qu'elle aurait intérêt à cacher ou pour lequel le secret médical peut être engagé, peut, après avis motivé d'un médecin soumis d'une façon strictement confidentielle au Préfet et au Procureur de la République, être retenue dans l'établissement.

M. le Dr Rouby lit un mémoire sur l'*internement des aliénés en Angleterre*. Il expose, en premier lieu, qu'il existe en Angleterre des pensionnaires libres, c'est-à-dire des aliénés qui ont été admis sans apporter avec eux ni certificat de médecin, ni demande d'un parent, ni pièce officielle quelconque ; ils y sont entrés par l'effet seul de leur volonté ; un homme, ancien aliéné se promenant dans Londres, se sentit tout à coup envahir par une impulsion homicide ; il héla le cocher d'une voiture et se fit conduire dans l'asile où il fut reçu sans certificats. Dans l'hôpital de Bethléem qui renferme 266 malades environ, la proportion des pensionnaires libres est considérable ; cinquante-quatre pensionnaires en 1894 étaient entrés librement. Cette disposition des pensionnaires libres a donc fait ses preuves. En France, tout le monde est d'accord pour l'admettre ; les divers rapporteurs des nouveaux projets de loi l'ont acceptée et inscrite comme article de loi. Sans attendre de vote de la nouvelle loi on pourrait demander aux pouvoirs publics de voter un article de loi, à ce sujet. Dans une seconde partie relative à la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative pour l'internement, le Dr Rouby raconte que les médecins anglais trouvent des inconvénients sérieux à l'application de cette loi ; le Dr Smith Percy a publié une brochure contenant un grand nombre de faits relatifs à l'entrée des malades pour montrer tous les ennuis apportés aux parents, aux médecins et aux malades eux-mêmes, par l'application de la loi nouvelle ;

il ajoute que l'expérience a démontré en Angleterre, qu'il y avait parmi les magistrats, beaucoup de négligence et une grande incapacité, et que si les années suivantes l'insuffisance et la pénurie volontaire des juges restaient les mêmes, il serait difficile de ne pas tourner la loi, sans manquer à tout sentiment humain. — Au sujet de la vie des aliénés dans les asiles et des agréments dont on peut les entourer, le Dr Rouby croit que, sauf quelques rares exceptions concernant des maniaques aigus, on peut entourer les malades de tout le confortable et de tout le luxe dont ils jouissent dans leur famille ; de plus, qu'on peut permettre aux familles de vivre avec leurs malades des journées entières, de les faire sortir au dehors de la maison de santé, mais qu'il ne faut pas permettre aux alcooliques et à certains hallucinés qui réclament résolument leur sortie, de voir trop souvent leurs parents, le départ des parents amenant des scènes d'exaspération et de violence et l'exacerbation des symptômes de folie. Au lieu d'admettre, comme M. Marandon de Montyel, les visites à volonté pour tous, il ne faut admettre la chose que pour certains malades, le plus grand nombre, et en exclure les autres. Enfin, au sujet du traitement des alcooliques aliénés, le Dr Rouby dit que pour obtenir la cure radicale, ce n'est pas seulement trois ou même six mois d'internement qui sont nécessaires, mais au moins *une* ou même *deux* années, mais que dans l'état actuel des choses ce traitement est impossible et qu'on ne peut faire un abstinent d'un dipsomane, tant que les magistrats pourront accorder la sortie à ces pauvres malheureux lorsqu'ils demanderont à sortir par la voie du tribunal ; que par conséquent, l'hôpital des ivrognes de Ville-Evrard sera inutile tant qu'une nouvelle loi ne permettra pas d'interner les dipsomanes le temps nécessaire.

Séance du mardi 4 août (soir).

M. Bourneville. — La question que nous discutons est l'une des plus importantes de l'assistance et du traitement des malades aliénés. *L'internement* ou mieux le *placement des aliénés* dans les asiles s'impose dans la grande majorité des cas. Pour les malades pauvres ou peu aisées, il est presque toujours indispensable.

Cet internement doit se faire aussi près que possible du début de la folie, car, pour elle, comme pour toutes les autres maladies, les chances de guérison sont, on ne saurait trop le répéter, d'autant plus grandes que l'intervention médicale est plus rapide. Pour nous, médecins, c'est une vérité banale. Mais il n'en est pas de même pour les Conseils généraux et pour les Administrations départementales.

Il faut que les Conseils généraux et les préfets sachent que ce placement précoce réalise une économie pour les finances de l'Assistance publique, en permettant de guérir un plus grand

nombre de malades ; que, plus le placement est retardé, moins il il y a de chances de guérison ; que le malade, dont le placement n'est accordé que tardivement, devient souvent incurable et reste alors pendant de longues années à la charge du département. M. Pierret, dans le temps, et plusieurs des orateurs qui m'ont précédé, en ont bien exposé les raisons. Nous n'avons pas à revenir sur les motifs qui militent en faveur de l'isolement, qui justifient cette grave mesure si douloureuse pour les familles. Nous voterons donc les deux premières conclusions du rapport.

La loi distingue deux sortes de placements : les *placements d'office* et les *placements volontaires*.

Les *placements d'office* entraînent des formalités souvent longues, sauf dans les cas de péril public, évident pour tous et nombre de préfets ont trop de tendance à attendre la production d'un fait grave.

Les *placements volontaires* peuvent, au contraire, être effectués d'urgence. Malheureusement les maires, les conseils généraux, les préfets n'en veulent guère entendre parler. A Paris, les placements volontaires deviennent de plus en plus nombreux, bien qu'ils ne le soient pas autant qu'ils le devraient, parce que les familles ne sont pas renseignées, parce que beaucoup de médecins ignorent qu'ils peuvent envoyer directement les malades aux asiles comme à l'hôpital, les prescriptions légales accomplies.

M. Garnier a fait au sujet des *certificats* des médecins, indispensables pour le placement, des remarques judicieuses. J'ai fait copier un certain nombre d'entre eux, que je me propose de publier et de commenter, en les comparant à ce qu'ils devraient être, s'ils étaient conformes aux prescriptions de la loi.

Si vous voulez rapprocher l'asile de l'hôpital, si vous voulez rapprocher les aliénés des malades ordinaires, il faut rendre les placements faciles, prompts, comme pour l'hôpital. Alors moins de résistance des familles, moins de résistance des malades, puisque l'idée de *Maison de santé* aura remplacé l'idée de prison, l'idée de Bastille moderne.

Par conséquent, il faut écarter l'intervention de la magistrature, la formalité du jugement qu'on avait voulu faire intervenir. J'accepte les conclusions XIII et XV de M. P. Garnier qui répondent à cette partie de ma discussion.

L'intervention de la magistrature, après le placement, par suite des nombreuses garanties exigées par la loi du 30 juin 1838 : visite du préfet ou de son délégué, ou du délégué du ministre de l'Intérieur ; visite du maire de la commune, du juge de paix du canton, du procureur de la République. Malheureusement, ces sages prescriptions de la loi ne sont pas remplies. Ainsi, dans notre service, nous n'avons jamais vu que la Commission de surveillance et la Commission d'assistance du Conseil général, accompagnées des représentants du préfet. Maire, juge de paix, procureur, sont

demeurés invisibles. Dès lors que les difficultés de l'admission sont levées, que le malade est en mesure d'être soigné, j'attache moins d'importance aux formalités ultérieures. Il m'importe peu que la magistrature intervienne. Dans la pratique, si son intervention est facile et peu coûteuse dans certains départements, il n'en serait plus de même à Paris, Lyon, Marseille, etc., où il y a des placements quotidiens nombreux; d'où des difficultés et des dépenses, et ces dépenses seraient mieux appliquées à l'amélioration du sort des malades qu'à payer de nouveaux magistrats.

Sur ce point, M. Garnier a bien fait de rappeler ce que disait à la Chambre des députés, le 6 janvier 1837, M. de Gasparin, ministre de l'Intérieur : « Les mesures de précaution relatives à l'isolement des aliénés demandent ordinairement une extrême célérité, une prudence, une discrétion qui se concilient difficilement avec la lenteur et la solennité des formes judiciaires et qui sont faciles et naturelles aux opérations administratives. »

Le placement est décidé. Il convient que le malade soit envoyé *directement à l'asile*. Il en est ainsi dans un certain nombre de départements. Dans d'autres, il n'en est pas de même, et nous avons le regret de dire que le département de Meurthe-et-Moselle fait partie de ce dernier groupe. Les aliénés de ce département sont conduits à la Maison départementale de secours. Ils sont placés, les aliénés aux vénériens, les aliénées aux vénériennes. C'est un reste de l'ancien état barbare, où aliénés, vénériens et filles-mères étaient considérés comme des criminels, des gens en dehors de l'humanité, ne méritant ni soins, ni pitié.

Ce mélange des aliénés avec les vénériens a de multiples inconvénients. Parmi ces derniers, il en est qui s'amusent des fous : c'est pour eux un sujet de distraction. On nous a raconté que certains s'amusaient à doucher les aliénés au visage avec l'irrigateur. C'est une réminiscence des *douches de punition*, qui ont été de mode trop longtemps, mais qui, nous osons l'espérer, n'existent plus dans aucun de nos asiles et auxquelles certainement n'a recours aucun des membres du Congrès.

Lorsque, dans cette Maison départementale de Nancy, les aliénés sont agités, parlent, crient, comme ils sont dans le même dortoir que les vénériens qu'ils gênent, dont ils troublent le repos, on peut se demander ce qui arrive.

Et ce séjour se prolonge, nous a-t-on assuré, trois, quatre, quinze jours et même davantage. Nous ne saurions donc trop insister pour que l'administration supérieure veille à l'exécution de ses circulaires, qui prescrivent l'envoi direct à l'asile.

Quant aux aliénés arrêtés sur la voie publique, soit qu'on les considère comme vagabonds, comme errants ou qu'on les suppose ivrognes, la situation qui leur est faite dans la plupart des villes et entre autres à Nancy, est vraiment déplorable. On les

conduit au *violon*. Ce dépôt[1], comme la plupart des violons, est fait pour aggraver la folie et pour propager les maladies contagieuses. Aussi devrait-on réclamer au point de vue de l'humanité et de l'hygiène publique une organisation de ces dépôts dans les conditions qu'exige l'hygiène.

Nous sommes d'accord pour réclamer le placement à l'Asile. Alors, un devoir s'impose : cet internement doit être bénéficiable au malade. Nos asiles doivent être le moyen de traitement par excellence. Pour cela le nombre des malades de ces établissements, celui de chaque service doivent être limités. Dans beaucoup d'asiles, le nombre des médecins, par rapport à la population des malades est beaucoup trop limité, ce qui rend tout traitement sérieux très difficile. Il en est ainsi dans plusieurs asiles de la Seine, par exemple à Villejuif, où il n'y a que deux médecins en chef et deux médecins adjoints pour 1,500 malades et quelquefois davantage. Il en est ainsi à Maréville, où pour 1,700 aliénés il n'y a que deux médecins en chef. L'organisation des asiles doit être essentiellement médicale, comme cela existe dans beaucoup de pays étrangers, Angleterre, Etats-Unis, Allemagne, etc.

Pour justifier l'internement, il ne faut pas créer de grandes *renfermeries* comme Maréville, comme Villejuif. Il ne faut pas d'*encombrement* qui jette le désordre, rend inutiles tous les traitements, diminue dans des proportions considérables le nombre des guérisons : c'est ce qui a lieu dans la Seine.

[1] Nous avons visité le violon de Nancy le 3 août avec notre ami le professeur Spillmann. Il se compose de six cellules analogues mesurant environ 2 mètres de long, 1m,60 de large, 2 mètres de haut. Trou à la turque; lit de camp en planches collé contre le mur, rebord formant cadre pour empêcher les « arrêtés » de tomber, élevé de 50 centimètres au-dessus du sol bitumé. « Autrefois, nous dit le brigadier qui nous accompagne, le lit était plus haut, en tombant les ivrognes se blessaient. » On ne donne pas de paille; quelquefois mais « rarement on délivre de vieilles couvertures dont on ne se sert plus ». Quand il n'y a pas assez de places, on met deux individus dans la même cellule ! — Deux cellules sont au *rez-de-chaussée*. Elles ont une petite ouverture avec barreaux et grillage au-dessus de la porte. — Quatre cellules sont dans la cave; on y descend par un escalier de *vingt marches*, éclairé au tournant par un bec de gaz. Trois des cellules n'ont aucun éclairage; la quatrième a un très étroit soupirail donnant sur le dehors et fournissant un mince filet de lumière. Le trou à la turque est remplacé par une tinette. Il s'agit là, comme on le voit, de véritables cachots. Une installation aussi abominable est une honte pour une ville comme Nancy. Quelque peu dignes de pitié que peuvent paraître les mendiants, les ivrognes, ce sont des êtres humains ; mais on place là des malades, arrêtés dans le tas, des *prévenus* que la société traite comme elle ne traite pas les criminels. Nous n'insisterons ni sur la promiscuité (deux par cellules), ni sur la transmission des maladies infectieuses. Nous y reviendrons. B.

L'encombrement entraîne à sa suite les mauvais traitements, l'emploi de la camisole, des entraves, des liens de toute sorte, ce qui habitue les gardiens et les gardiennes à la dureté envers les malades. Alors le véritable isolement, l'isolement médical, n'est pas réalisé. L'internement n'est plus une mesure d'assistance : c'est une mesure de police, une mesure de répression. Les aliénés, dans ces conditions, sont moins bien traités que les criminels. Et, contre ces pratiques, nous, les défenseurs-nés des malades, nous ne saurions trop protester. Ces considérations visent les conclusions IV, V, VIII et IX du rapport de M. Garnier, auxquelles nous nous associons.

Dans son compendieux rapport, M. Garnier s'écartant quelque peu de la question principale, s'occupe des *asiles pour les aliénés criminels*, des *asiles pour les incurables*, des *asiles d'alcooliques*, des *sociétés de patronage* et des *séquestrations arbitraires*.

En ce qui concerne les *asiles* pour les aliénés dits *criminels*, il y a une confusion dans l'esprit de beaucoup de personnes. Il convient de distinguer : 1° Les criminels devenus aliénés ; 2° les aliénés dits criminels.

Pour les criminels devenus aliénés, il faut des quartiers spéciaux. Il en existe pour les hommes à Gaillon ; il n'y en a pas, croyons-nous, pour les femmes. Il faudrait en créer un, multiplier même ces quartiers, si cela est nécessaire. Nous sommes tous d'accord sur leur utilité.

En ce qui concerne les aliénés dits criminels, c'est-à-dire qui n'ont jamais eu de condamnation, mais ont commis un acte réputé criminel sous l'influence de leur délire, ce sont des *malades ;* il faut les placer dans les asiles, en prenant les précautions que nécessite la forme particulière de leur délire. C'est là une question spéciale difficile à traiter incidemment, et qu'il conviendrait de mettre de nouveau à l'ordre du jour de l'un des futurs Congrès. Je laisserai aussi de côté la question des *asiles d'incurables*. Elle aussi pourrait faire l'objet d'un rapport et d'une discussion générale.

Quant aux *asiles d'alcooliques*, il en a été longuement parlé au Congrès de Clermont-Ferrand. Cette question a été posée peut-être prématurément. Il est indispensable, en effet, d'obtenir au préalable une loi qui permette l'internement des ivrognes de profession et le prolongement de l'internement pour les alcooliques délirants, dont les troubles intellectuels ont disparu.

On s'est agité beaucoup autour de cette question, et on a perdu de vue une réforme, à notre avis, plus urgente : la création d'asiles pour l'ensemble des aliénés, dont les aliénés alcooliques. Les aliénés devraient passer avant les ivrognes, avant les criminels.

Il nous paraît inutile de revenir sur les *Sociétés de patronage* qui ont été l'objet d'une discussion intéressante, sur le rapport de notre collègue, M. Giraud, dans l'un des précédents congrès. Je

me contenterai de rappeler que c'est à Maréville qu'a été fondée, en 1848, grâce aux efforts de Morel, la troisième Société de patronage qui continue de fonctionner[1].

Quant aux *séquestrations illégales*, nous nous bornons à faire remarquer qu'elles sont impossibles dans les *asiles publics*. C'est ailleurs qu'il faut en chercher des exemples, entre autres dans certains couvents. Tout le monde se rappelle l'histoire récente d'un commissaire de police, qui se débarrassa de sa femme en l'internant dans un couvent de Caen.

En résumé : 1° Nécessité du *placement immédiat* des aliénés dans les asiles ; — 2° envoi direct des malades à l'asile ; — 3° organisation des asiles de manière à justifier l'internement, c'est-à-dire en vue du traitement, partant *désencombrement;* — 4° limitation du nombre des malades pour chaque médecin ; — 5° personnel secondaire instruit professionnellement; sociétés de patronage pour aider le malade guéri ou amélioré, pour éviter des rechutes et partant des dépenses nouvelles.

Nous, médecins, je le redis, nous sommes, je crois, unanimes sur tous ces points. Il faut profiter de l'occasion que nous fournissent les congrès pour propager ces idées, faire pénétrer nos convictions sur la nécessité de ces réformes qui n'ont pour but que le bien des malades et qui sont au bénéfice des finances départementales, dans l'esprit des membres des commissions de surveillance, des membres des conseils généraux et des préfets.

M. Delmas, après avoir fait l'éloge mérité du remarquable rapport de M. Garnier, s'appesantit sur les points suivants : Pour lui, non seulement tous les mélancoliques ne doivent pas être internés, ainsi que le reconnaît le rapporteur, mais il en est de même de certains états aigus dans lesquels une guérison rapide permet au malade d'échapper à la déchéance morale qu'implique toujours le séjour dans un asile. Il cite à l'appui deux exemples : une manie alcoolique aiguë guérie au bout de huit jours et un cas d'hystérie grave avec tentatives réitérées de suicide guérie en six semaines. Bien d'autres exemples pourraient être cités par lui. De même les mélancoliques simples se trouvent mieux au milieu de simples nerveux non obsédés eux-mêmes que parmi leurs pareils, car ces derniers, tous égoïstes mentaux, se complaisant dans leurs idées

[1] Nous profitons de l'occasion pour signaler nos rapports sur les *Sociétés de patronage* et les discussions auxquelles ils ont donné lieu : 1° *Création de Sociétés de patronage pour les aliénés sortant des asiles*, fait au *Conseil supérieur de l'assistance publique*. Fascicule n° 35 où se trouve la discussion ; 2° *Rapport sur le projet de statuts d'une Société de patronage pour les aliénés sortis guéris des asiles de la Seine.* (Procès-verbaux de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, 1891.) Voir aussi les procès-verbaux relatifs à la discussion et *Arch. de Neurologie, passim.*

malades, ne se prêtent aucun secours mutuel. D'où la conclusion à ses yeux, qu'il y a lieu de créer des annexes où les malades seraient mis en observation et traitement temporaire avant de conclure à l'internement légal. Le second point développé par M. Delmas est le suivant : Invoquant les progrès remarquables dus à la spécialisation dans la chirurgie générale (Médecine et Chirurgie), il estime qu'il en sera de même en médecine mentale le jour où l'on affectera des asiles ou des services spéciaux et distincts aux états aigus et chroniques et qu'on séparera ces services distincts de ceux des idiots-épileptiques dégénérés et de ceux des chroniques cérébraux simples. Il cite à l'appui l'exemple brillant de l'Ecole de la Salpêtrière et les beaux résultats obtenus à Bicêtre par M. Bourneville chez les idiots, les épileptiques et les simples dégénérés. Enfin il applaudit au projet de créer des asiles spéciaux pour les aliénés criminels n'ayant aucune désignation infamante et permettant par l'ampleur de leur organisation de garder ces aliénés incurables mêmes jusqu'à leur mort malgré leur apparence de guérison.

M. Arnaud de (Vanves). — La discussion qui vient de s'engager aujourd'hui sur la question des aliénés *dits criminels* dure depuis un bon demi-siècle, puisqu'elle a pris naissance sur des débats préparatoires de la loi de 1838. Elle a été bien souvent reprise depuis, et, j'ai été frappé du manque de précision de ces discussions successives. M. Bourneville a distingué tout à l'heure les criminels *devenus* aliénés, des aliénés qui deviennent criminels, ou mieux qui commettent des actes réputés crimes ou délits. Il faut encore distinguer, dans cette dernière catégorie, les aliénés incontestés (mélancoliques, persécutés, hallucinés, paralytiques généraux), et les irréguliers, les pervers, les vicieux, ceux qui ont un pied dans le crime et un pied dans la folie, ces sujets dont les magistrats, pas plus que M. Garnier et M. Charpentier, ne savent que faire. Il ne me paraît pas possible de confondre dans un même asile de sûreté, dans un même asile-prison, des sujets aussi différents. La distinction que je réclame existe d'ailleurs pratiquement en Angleterre et en Ecosse, dont l'exemple est si souvent invoqué.

M. Wl. Serbski.— A propos de l'excellent rapport de M. Garnier, je voudrais lui demander si la méthode du traitement des aliénés par le séjour au lit est appliquée par les aliénistes français. En Russie on a fait des essais de ce genre dans 4 ou 5 asiles et on n'a eu qu'à se louer des résultats obtenus. Dans ces asiles tous les malades entrants et surtout atteints d'une affection aiguë, les excités, les mélancoliques avec idées de suicide et refus d'aliments, sont mis au lit sous la surveillance d'un garde pendant un à six jours et plus, si c'est nécessaire. La condition essentielle de ce traitement est de placer les malades non pas dans des chambres isolées, mais dans des dortoirs : une cinquantaine de malades distribués dans

2 à 3 pièces par exemple forment de cette façon un quartier d'observation. Les entrants se voyant entourés par des malades couchés ne résistent généralement pas et ne cherchent pas à quitter leurs lits: bientôt ils finissent par se considérer comme malades et restent tranquilles; il est rare qu'on soit obligé d'avoir recours aux gardiens pour les maintenir au lit pendant une heure ou deux. Les résultats qu'on a obtenus par cette méthode à la clinique psychiatrique de Moscou sont surprenants. Sans parler des punitions nous n'avons jamais eu recours aux moyens de coercition, mais nous avions des cellules aux murs épais et aux vitres incassables. Depuis ces dernières années nos malades sont traités par le séjour au lit et les cellules sont devenues inutiles. Autrefois nous cherchions à construire des cellules de plus en plus solides et bien appropriées, maintenant nous songeons à les détruire et à les utiliser dans un but tout autre que la contention des malades.

M. Paris, de l'asile de Maréville-Nancy, après avoir relaté deux cas dont la solution l'avait singulièrement embarrassé, formule le vœu que la loi qui régit les aliénés soit complétée par un article ainsi conçu : « Toute personne guérie d'un accès d'aliénation mentale qui demande à prolonger *momentanément* son séjour dans un asile d'aliénés, jusqu'à guérison d'une maladie physique transmissible ou en raison d'un état passager qu'elle aurait intérêt à tenir secret ou pour lequel le secret médical peut être engagé, peut, après avis motivé du médecin, soumis d'une façon strictement confidentielle au Préfet ou au Procureur de la République, être retenue dans un établissement de ce genre. La durée de la prolongation sera limitée autant que possible. » Une telle addition ne ferait, à notre sens, qu'accentuer le caractère d'assistance de cette loi sur les aliénés que l'on ne considère généralement et que l'on n'interprète trop souvent que comme loi de police.

M. Garnier. — Il y a dans l'argumentation de M. Charpentier des arguments spécieux. Ce qui a trait aux actes simplement *déraisonnables* est souvent du domaine de l'aliénation mentale.

M. Charpentier a trouvé comme une contradiction dans ce que j'ai dit des asiles de sûreté; eh bien je serai d'avis que des pratiques disciplinaires fussent mises en vigueur dans ces asiles parce qu'il s'agit d'individus spéciaux, pseudo-aliénés, qui suscitent moins de sympathie que les véritables aliénés. Que veut faire de ces scories de la société, de ces fous moraux qui seraient comme des déchets sociaux, M. Charpentier?

M. Taty est disposé à penser qu'il y a utilité à faire la scission en maladies chroniques et aiguës. Mais la différence n'est que dans les mots; les chroniques sont en réalité des incurables.

M. Giraud a contesté la nécessité d'un double certificat. Et cependant pour rassurer l'opinion publique, deux signatures valent mieux qu'une. De quelle façon peuplera-t-on les asiles spéciaux, demande

M. Giraud? Ce qui caractériserait les décisions de cet ordre ce serait le *caractère dangereux* de l'individu.

M. Rouby a parlé de l'hospitalisation des aliénés en Angleterre et nous a cité des faits extrêmement curieux.

M. Delmas a demandé l'annexion aux asiles d'aliénés d'une annexe où les prétendus aliénés seraient en observation. Je n'en vois pas la nécessité. A chaque entrée on procède à une surveillance préliminaire.

M. Bourneville a fait des objections à l'idée des asiles spéciaux; mais il ne nous dit pas ce qu'il faut faire des irréguliers, des délinquants, des fous moraux; j'en resterai à l'idée des asiles de sûreté pour les aliénés *dangereux* incapables d'être amendés, commettant incessamment des offenses sociales.

M. Bourneville. — Il faudrait consacrer à cette question un rapport et une discussion générale; elle ne peut être traitée et à plus forte raison tranchée incidemment.

M. Régis. — Je suis d'avis que dans d'autres régions que Paris, l'alcoolisme influe relativement peu sur le nombre d'aliénés, à Bordeaux, par exemple. Je partage l'avis de M. Garnier sur les *asiles-prisons*.

M. Garnier. — Nous avons sur la question des asiles-prisons et des sujets qu'il faut y placer, des lumières suffisantes pour nous dispenser d'aborder encore ce sujet. En somme l'ensemble de notre rapport a été adopté, et je propose le vœu suivant :

Le Congrès, considérant que la loi de 1838, à conserver en tant que loi fondamentale sauvegardant la sécurité individuelle, doit être modifiée dans le but de défendre la société contre les aliénés dangereux, certains délirants alcooliques récidivistes et les délinquants considérés comme types intermédiaires entre la raison et la folie, propose que : 1° la loi de 1838 soit conservée dans ses dispositions générales; 2° qu'elle soit modifiée par la création d'*asiles de sûreté* destinés à enfermer les individus précités qui n'y entreraient et n'en sortiraient qu'en vertu d'un jugement éclairé par les conclusions d'une commission spéciale.

MM. Charpentier et Armand considèrent ce vœu comme inopportun.

[Ainsi que l'a fait remarquer avec juste raison, M. Garnier lui-même, il ne s'est agi là que d'un vote d'ensemble impliquant que le Congrès remerciait le rapporteur de son intéressant travail. Il ne s'ensuit pas que la majorité du Congrès fasse sienne les dix-sept conclusions du rapport. Personnellement, si cela avait été possible, nous aurions discuté à fond plusieurs de ces conclusions, et en particulier combattu la conception des *asiles-prisons*.]

Elections. — Le Congrès, avant de passer aux communications diverses, se réunit pour le choix de son bureau pour la session de Toulouse : M. Ritti est nommé *président.*

Questions proposées. — Les questions adoptées sont :

1° *Diagnostic différentiel de la paralysie générale.* — Rapporteur, M. Arnaud (de Vanves) ;

2° *De l'hystérie infantile.* — Rapporteur à désigner.

3° *De l'organisatiom du service médical dans les asiles.* — Rapporteur, M. Doutrebente (de Blois).

Congrès de 1898. — Marseille est, en principe, désigné comme siège du Congrès de 1898.

Séance du mercredi 5 *août* (matin).

Cas d'hyperostose cranienne chez une femme épileptique. Observation, pièce anatomique, épreuves photographiques et moulage en plâtre.

M. le Dr Pichenot, médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse). — La malade, née en avril 1854, a été placée à l'asile à l'âge de dix-neuf ans, comme atteinte depuis longtemps d'hydrocéphalie et d'attaques d'épilepsie fréquentes, avec agitation concomittante, cris, vociférations, impulsions méchantes, tendances au suicide, à mettre le feu et à se brûler elle-même. Pas d'antécédents héréditaires, pas d'affections antérieures. A l'âge de neuf ans, traumatisme à la région frontale et quelque temps après, à ce niveau (suivant la mère), une petite grosseur qui s'est développée peu à peu. Premières crises d'épilepsie à quinze ans, c'est-à-dire six ans après l'accident. La tumeur a toujours continué à se développer pendant tout le temps de son séjour à l'asile. Mensurations relevées en 1893 seulement : circonférence 62 centimètres; diamètre occipito-frontal, 195 millimètres; diamètre bi-pariétal, 185 millimètres; diamètre du menton au sommet de la tumeur frontale, 246 millimètres. Pas de signes apparents de dégénérescence physique, intelligence rudimentaire constituant l'imbécillité. Pendant longtemps, crises d'épilepsie violentes, avec impulsions dangereuses, depuis quelques années moins fréquentes et réduites souvent à de simples vertiges en même temps que la malade devenait plus calme, plus sociable. Elle tombait généralement sur le siège, jamais sur la tête. Décédée à l'âge de quarante ans, par suite d'accidents méningés hémorragiques consécutifs à des crises d'épilepsie subintrantes.

Autopsie. — Cuir chevelu hypertrophié, surtout au niveau des tumeurs pariétale et frontale, hypertrophie qui contribue à accentuer beaucoup les déformations produites par l'hyperostose. Section du crâne très laborieuse. Méninges épaissies. Hémorragie méningée en nappe.

Poids de l'encéphale, 1,305 grammes; poids du cerveau, 1,080

grammes; poids du cervelet, 225 grammes. Substance cérébrale généralement ramollie. Circonvolutions normales. Ventricules anormalement développés. Les coupes ne font constater aucune lésion ou tumeur interne pouvant expliquer l'épilepsie. L'hyperostose a pour siège principal le frontal et les pariétaux. Poids du squelette osseux de la tête 2 kg. 649 qui joint à celui de l'encéphale et des parties molles donne pour la tête un poids total dépassant 4 kilogrammes. Tissu osseux de la calotte cranienne très condensé, dur comme de l'ivoire. — Epaisseurs des parois :

Bosse fronto-pariétale droite, 4 centimètres et demi; bosse fronto-pariétale gauche, 3 centimètres; région frontale antérieure, 2 centimètres et demi à 3 centimètres. Région occipito-pariétale de 8 millimètres à 1 centimètre. Epaisseur maxima de la voûte cranienne, 5 centimètres. Disparition des sutures fronto-pariétale et interpariétale. Sur la partie antérieure externe de la calotte cranienne, on constate un amas de villosités ou pointes osseuses donnant à ce tissu osseux un aspect spongieux. L'hyperostose s'est développée extérieurement et la cavité cranienne, au lieu d'être diminuée de volume se trouve plutôt augmentée. Sur le maxillaire inférieur on ne trouve pas trace de grosses molaires. L'examen des autres os du squelette n'a fait constater aucune hyperostose ou exostose pouvant laisser présumer la syphilis. La malade était vierge. Après lecture de l'observation, M. Pichenot a fait passer sous les yeux de ses collègues le crâne préparé; un moulage en plâtre de la tête fait avant l'autopsie et une série de photographies représentant le sujet avant et après décès ainsi que les coupes osseuses du crâne, toutes pièces qui ont permis de très bien apprécier ce cas si remarquable, extraordinaire même, d'hyperostose cranienne.

M. Bérillon. — *Le traitement des buveurs d'habitude par la suggestion hypnotique. Création d'un centre d'arrêt.* — Chez les buveurs qui se déclarent impuissants à renoncer à leurs habitudes et à se soustraire à l'influence du milieu, il y a un grand intérêt à recourir à l'intervention de la suggestion hypnotique. En créant un centre d'arrêt, on arrive assez facilement à réagir contre l'impulsion du buveur. Il reconnaît qu'au moment où il va céder à son habitude il éprouve une sensation de résistance intime à l'impulsion. Cette résistance lui permet de se ressaisir et il arrive à supprimer tous les excès alcooliques auxquels il se livrait d'une façon presque inconsciente.

Des psychopathies gastriques.

M. Sollier (de Paris). — La nouvelle variété de psychopathie gastrique sur laquelle je désire appeler aujourd'hui l'attention consiste essentiellement dans une appréhension de la digestion, une sorte de phobie, qui pousse les malades à redouter les effets

que l'ingestion des aliments ou leur digestion gastrique sont capables de produire (étouffements, palpitations, vertiges, congestion cérébrale), pouvant même entraîner la mort. Le début a lieu d'une manière insidieuse, sous un prétexte quelconque. L'appétit peut être conservé, mais présente toujours des irrégularités (inappétence complète, alternant avec des accès de boulimie). Les sujets, par suite de leur appréhension de mal digérer, restreignent leur alimentation sous tous les rapports (choix des aliments et quantité), et perdent vite l'habitude de manger. Ils en arrivent même à ne plus savoir les mouvements nécessaires à la mastication et à la déglutition. Ils essaient de tous les régimes, de tous les médicaments, et chaque tentative, après avoir été suivie d'une amélioration au début, ne tarde pas à laisser reparaître les mêmes troubles. Les malades ne songent plus absolument qu'à leur alimentation et à leur digestion, prenant toutes les précautions imaginables pour préparer et faciliter cette digestion, et arrivent ainsi à se faire une existence à part plus ou moins compliquée. Ils restreignent non seulement leurs fonctions digestives, mais tout le champ de leur activité physique, intellectuelle et morale. Le plus souvent, d'ailleurs, leur entourage contribue à entretenir cet état mental, cette appréhension.

La relation qui existe entre le système nerveux central et l'appareil digestif est mise en évidence, outre l'état mental, par des troubles de sensibilité de la zone gastrique, et par le retentissement de toutes les impressions digestives dans le cerveau, que signalent eux-mêmes les malades. Cet état peut s'accompagner de rumination et parfois même de vomissements. L'état général n'est pas altéré ; le sommeil est ordinairement assez bien conservé. Il y a parfois une dilatation passagère de l'estomac, et souvent de la constipation.

Le pronostic n'est pas très grave au point de vue de la vie, mais il est sérieux en raison du trouble apporté dans l'exercice de toutes les fonctions de l'existence. La durée de cette affection peut être extrêmement longue. Le diagnostic doit être fait avec l'anorexie hystérique, l'anorexie mentale, la dilatation de l'estomac, les diverses dyspepsies. Le seul traitement consiste à soustraire le sujet à l'influence de son entourage qui est le plus souvent fâcheux, puis à lui redonner l'habitude de s'alimenter normalement en le forçant d'*emblée* à ingérer la quantité nécessaire d'aliments, et en le rassurant sur les suites que doit avoir l'alimentation qu'il est habitué à redouter.

Délire des persécutions à double forme.

M. Vallon. — On sait que l'on distingue deux sortes de persécutés : les persécutés raisonnants ou persécutés (type Falret) et les

persécutés hallucinés, persécutés typLasègue, dont les délirantes chroniques de M. Magnan constituent la variété la plus commune. Chez les persécutés hallucinés, le délire a une évolution progressive, il passe par des phases successives : inquiétude vague pouvant aller jusqu'à l'hypocondrie, interprétations délirantes, hallucinations, systématisation du délire, choix du ou des persécuteurs, souvent migrélomanie. Chez les persécutés raisonnants, le délire peut varier d'intensité, présenter des rémissions et des exacerbations, étendre sa sphère à un plus ou moins grand nombre de faits ou de personnes, mais il ne subit pas de transformations très prononcées, il conserve toujours les mêmes caractères primitifs. Les persécutés type Lasègue arrivent toujours à avoir des hallucinations, surtout de l'ouïe et de la sensibilité générale; les persécutés type Falret, au contraire, n'en ont jamais. Telles sont les différences radicales qui séparent les persécutés du type Falret des persécutés du type Lasègue; ce sont là des types bien connus, je n'y insiste pas.

Il est un point seulement que je veux mettre en lumière et sur lequel on n'insiste pas assez, ce sont les actes de ces deux catégories de malades. Les persécutés raisonnants ne sont dangereux que pour quelques personnes, souvent que pour une seule personne. Ainsi j'ai dans mon service un ingénieur qui accuse quelqu'un de lui avoir volé une invention; pendant des années il n'a persécuté que cette personne; puis il a étendu la sphère de son animosité maladive à un juge d'instruction qu'il accuse de s'être laissé acheter par son voleur; mais en dehors de son prétendu voleur et du magistrat il n'en veut à qui que ce soit, il n'est dangereux pour personne. Les persécutés hallucinés quand ils ont fait choix d'un ou de plusieurs persécuteurs deviennent spécialement dangereux pour ces personnes, mais indépendamment de cela ils sont dangereux pour tout le monde. Ils peuvent, sous l'influence de leurs hallucinations, frapper le premier venu. En un mot, chez les persécutés raisonnants, les actes processsifs sont conditionnés par l'événement qui a été le point de départ de leur délire et s'adressent aux personnes qui ont été mêlées à cet événement ou à des faits connexes; chez les persécutés hallucinés, les violences sont surtout conditionnées par les hallucinations du moment. Ce fait a une importance pratique : on peut toujours savoir à l'avance pour qui les persécutés raisonnants sont dangereux et par conséquent préserver ces personnes, pour les persécutés hallucinés on peut, quand ils ont fait choix d'un persécuteur, prévoir le danger à encourir par ces personnes, mais de plus j'insiste sur ce point, il y a toujours à craindre des actes violents conditionnés par les hallucinations du moment.

Donc, voilà deux types de persécutés bien différents l'un de l'autre par l'évolution du délire, par l'absence ou la présence d'hallucinations, enfin par leurs actes ou plus exactement par les

causes de leurs actes. Eh bien, dans ces dernières années, j'ai observé un malade chez lequel on trouva réunies ces deux formes du délire des persécutions, qui est à la fois un raisonnant, tantôt comme halluciné. Ce cas me paraît mériter la désignation de délire des persécutions à double forme. Les faits de ce genre doivent être très rares, car pour ma part, c'est le seul que j'ai observé dans ma pratique déjà longue.

M. Régis. — *Paralysie générale et neurasthénie.* — L'association de la paralysie générale et de la neurasthénie peut se faire à toutes les époques de la maladie. Il y a plus qu'on ne le croit généralement de difficultés de diagnostic entre la neurasthénie et la paralysie générale. Ce qui doit dominer pour établir le diagnostic, c'est la recherche de la syphilis. L'hérédité cérébrale est une présomption de paralysie générale, tandis que l'hérédité vésanique ou névropathique est une présomption de neurasthénie. L'embarras de la parole et la démence n'ont pas exactement les mêmes caractères dans la neurasthénie et la paralysie générale; enfin, le traitement par les douches froides améliore la neurasthénie, tandis qu'il ne donne pas de résultats dans la paralysie générale ou même donne un coup de fouet à la maladie.

M. Pierre Parisot. — *De quelques troubles psychiques*, et particulièrement de la *transformation de la personnalité au cours de la démence sénile.* — 1° Des troubles psychiques indépendants de toute vésanie peuvent se produire au cours de la démence sénile; 2° ces troubles (transformation de la personnalité, conceptions délirantes, actes anormaux) sont dus à la reviviscence d'états psychiques antérieurs sous l'influence d'une véritable suggestion spontanée ou provoquée. Ils offrent des caractères particuliers qui permettent de les distinguer du délire vésanique proprement dit; 3° un certain degré d'involution sénile du cerveau peut réaliser les conditions d'auto-suggestibilité qui donnent lieu à ces troubles psychiques.

MM. Pierre Parisot et Lévy. — *Démence sénile et toxicité urinaire.* — 1° Dans les cas de démence sénile simple, c'est-à-dire sans délire, que nous avons observés, la toxicité urinaire a varié dans de notables proportions, sans que le fonds démentiel en ait été influencé; 2° dans nos cas de démence sénile avec délire vésanique (maniaque ou hypocondriaque), l'apparition du délire a toujours été précédée d'un abaissement notable de la toxicité urinaire, abaissement qui nous a permis de prévoir à plusieurs reprises la réapparition des accès délirants.

M. Francotte. — *Du sulfate de Duboisine comme moyen de combattre le refus des aliments chez les paralytiques généraux.* — M. Francotte a employé avec succès le sulfate de Duboisine contre l'agitation des paralytiques généraux. Chez plusieurs paralytiques en stupeur et refusant obstinément les aliments, il a fait cesser la

sitiophobie par des injections sous-cutanées de sulfate de Duboisine Le médicament est resté sans effet dans la sitiophobie liée à d'autres formes d'aliénation mentale. La dose employée pour les injections sous-cutanées a été un tiers de seringue d'une solution titrée à 4 p. 1.000.

M. Lamacq. — *Les équivalents de la migraine.* Lecture d'une observation dans laquelle des crises de névralgies alternaient avec la migraine et étaient suivies, comme dans la migraine, d'anorexie et de torpeur cérébrale.

M. Laurent. — *Analyse des troubles psychiques de l'opium fumé.* — Les troubles causés par l'opium fumé diffèrent des effets de l'opium absorbé en nature. Le fumeur d'opium éprouve d'abord de l'excitation, puis le sommeil, la lassitude, l'hyperesthésie de la peau. Il y a impossibilité de l'hypnose chez les fumeurs d'opium. L'opium est-il un facteur de criminalité? M. Laurent ne connaît pas de cas de crimes pouvant être attribués à l'opium, et on ne peut pas non plus l'invoquer comme cause de nullité d'un acte. C'est un poison, mais dont les effets seraient, au point de vue de la médecine légale, beaucoup moins dangereux que ceux de l'alcool.

M. Laurent. — *Communication sur les miracles de Tilly.* — Courte communication, dans laquelle l'auteur insiste sur la fixité des hallucinations dans le délire mystique observé.

MM. A. Pitres et E. Régis. — *La phobie de la rougeur.* — Les anthopologistes ont établi que le phénomène de la rougeur est, par ses côtés essentiels, un phénomène d'ordre psychique. Nous voudrions montrer qu'il peut aussi, dans certains cas, devenir le point de départ d'un état d'esprit particulier allant jusqu'à l'obsession, à la phobie. Il y a à cet égard comme une échelle de gradation, et nous pouvons, au point de vue de l'effet moral produit par la rougeur, admettre trois degrés ou catégories : 1° la *rougeur simple* ou des gens normaux ; 2° la *rougeur émotive*, tantôt temporaire et due à une cause accidentelle, climatérique ou pathologique, tantôt permanente et due à une prédisposition spéciale, au tempérament (nervosisme, arthritisme, tuberculose, hérédité); 3° la *rougeur obsédante* ou phobie de la rougeur (Erythrophobie).

L'obsession de la rougeur paraît être surtout spéciale au sexe masculin, à la jeunesse, aux émotifs héréditaires, aux neurasthéniques, aux dégénérés à stigmates, rarement aux hystériques. La tendance à rougir remonte à l'enfance, mais l'obsession ne débute qu'après la puberté, généralement à l'occasion d'un incident fortuit. Les crises de rougeur, en dehors des circonstances adjuvantes, toujours les mêmes, ont pour cause immédiate une pensée secrète, une appréhension quelconque, surtout celle de rougir. Même seule, elle obsède les malades, et c'est ainsi qu'il leur arrive de rougir dans la solitude, au souvenir d'un fait désagréable, ou d'un obstacle difficile à surmonter pour leur timidité. Les crises de

rougeur ont, à quelques nuances près, des caractères physiques et psychiques identiques. Ce qui domine dans l'état des sujets, c'est que cette tendance à rougir les rend très malheureux et leur crée une situation mentale des plus pénibles. Ils sont véritablement obsédés par l'idée de leur infirmité et ne pensent plus qu'à ça, malgré tous leurs efforts pour s'en affranchir. Ce qui augmente leur souffrance, c'est que, comme la plupart des obsédés, ils la cachent à tous, sauf au médecin, à qui ils ouvrent leur âme ulcérée. lui parlant de leurs obsessions avec une émotion angoissante, comme un supplice de tous les instants, qui empoisonne littéralement leur existence. Aussi ces malheureux ne vivent pas de la vie de tout le monde. Ils fuient tout contact, tout plaisir, s'enfermant dans une solitude sombre et farouche, songeant à en finir par le suicide, s'ils ne guérissent pas; tombant, s'ils sont intelligents et instruits, dans le pessimisme amer et subtil, si fréquent chez les neurasthéniques supérieurs.

Ce qu'il y a de vraiment curieux, ce sont les artifices auxquels ont recours les malades pour *empêcher* ou pour *dissimuler* leur crise de rougeur. Leur moyen habituel, pour essayer de s'empêcher de rougir, c'est de penser à autre chose, de « s'attentionner ailleurs », comme ils disent. Ils sont loin de réussir toujours. Pour cacher leur rougeur, ils usent de divers procédés, plus ingénieux les uns que les autres (faire semblant de lire un journal, se couvrir le visage avec les mains, se moucher bruyamment, s'essuyer la figure, se baisser comme pour ramasser un objet, s'abriter sous un parapluie, surtout *boire*). Quatre de nos sujets sur sept se livraient à la boisson, dans le double but de se donner de l'assurance, « du toupet », et de rendre moins sensible, par la coloration artificielle produite par l'alcool, leurs bouffées de rougeur.

Mais ce ne sont là que des palliatifs. Ce que voudraient surtout ces malheureux, c'est ou ne plus rougir, ou masquer leur rougeur d'une façon constante. Ils conçoivent à cet égard toutes sortes de combinaisons étranges qu'ils proposent aux médecins. Tel ce malade demandant à l'un de nous « si on ne pourrait donner à son teint une nuance feu permanent en infiltrant entre la première et la deuxième peau un liquide quelconque, absolument comme on fait pour un tatouage; seulement au lieu d'être bleu, ce serait rouge ». Tel cet autre malade qui, après une application de sangsues et le simulacre d'une ligature de la carotide qu'il avait réclamée, ne se sentant pas amélioré, désire maintenant « un changement de cerveau, une extraction de cerveau ».

L'obsession de la rougeur est en général des plus tenaces. Ce n'est que dans un cas où la peur de la rougeur s'est trouvée liée à l'hystérie, que nous avons pu obtenir quelque résultat du traitement en particulier par la médication psychique. Chez nos autres malades, qui étaient ou neurasthéniques ou dégénérés, nous

n'avons rien obtenu et ils semblent voués à perpétuité à leur obsession.

MM. Spillmann et Etienne. — *Paralysie générale consécutive à une intoxication suraiguë par les vapeurs d'huile d'aniline.* — M. Etienne communique au nom de M. S... et au sien, une observation de paralysie générale à évolution irrégulière, survenue chez un employé de droguerie, à la suite d'une intoxication suraiguë extrêmement grave par les vapeurs d'huile d'aniline avec ictus apoplectique, cyanose, état de collapsus, pouls ralenti et très faible, pupilles dilatées; puis, quelques jours plus tard, persistance d'une teinte verdâtre de la peau et coloration noire des urines. Dès ce moment les troubles psychiques et moraux apparurent et aboutirent à l'état actuel caractérisé par des ictus apoplectiques répétés, des troubles de l'intelligence, de la parole, de la mémoire, des sentiments affectifs entrecoupés de rémission très marquée.

M. Etienne. — *Monoplégie faciale d'origine capsulaire.* — M. Etienne présente l'observation d'un homme atteint d'une monoplégie faciale avec déviation compliquée de la face et des yeux. A l'autopsie, on ne trouve pour expliquer ces phénomènes qu'une destruction profonde de toute la partie antérieure de la capsule blanche interne due à une hémorragie. Comparant cette lésion à celle qu'a signalée M. Parisot (partie postérieure du faisceau géniculé), l'auteur conclut que le passage du faisceau facial dans la capsule interne n'est pas identique chez tous les individus.

M. Seeligmann dit avoir également observé dans le service de M. Bernheim (de Nancy) un malade dont la paralysie faciale reconnaissait pour cause une lésion de la capsule interne.

Présentation d'une malade. — M. Bernheim présente une *aphasique* qui sans hésiter, récite une prière ou chante une chanson, et qui dans la conversation ne trouve pas ses mots. La parole automatique existe, la parole volontaire est lésée. La lésion n'a donc pas atteint le pied de la troisième circonvolution frontale gauche. Cette malade est suggestible, et est mise, sur l'ordre qui lui a été donné, en état de sommeil hypnotique.

Présentation de pièces. — *Cerveaux d'aphasiques;* par M. Bernheim. — *Crânes et cerveaux d'hydrocéphales;* par M. Haushalter. — Ces pièces sont préparées avec le plus grand soin et accompagnées de photographies très démonstratives. L'un des cas, surtout, est remarquable par son volume.

M. Bourneville. — *Médication thyroïdienne : action sur la croissance et en particulier sur la taille.* — L'auteur présente une série de *tracés* de la *température*, du *poids* et de la *taille*, concernant plusieurs groupes de malades : 1° des enfants atteints de *myxœdème infantile;* 2° des enfants idiots et arriérés atteints de *nanisme;* 3° des enfants atteints d'*obésité*. Des *tableaux* et des *tracés* mis sous les yeux des membres du Congrès, il ressort que l'adminis-

tration de la glande thyroïde du mouton par la voie stomacale, soit à l'état naturel, soit en capsules ou en tablettes, a une action remarquable sur la *croissance*, et en particulier sur le *développement de la taille*. — Cette nouvelle communication confirme nos publications et nos communications antérieures au Congrès de 1895, à la Société de biologie et à la Société médicale des hôpitaux au cours de cette année. Nous donnerons ce travail *in extenso* au Recueil des travaux du Congrès.

Après cette communication, le président, M. le professeur Pitres, résume les travaux du Congrès remercie les vice-présidents, MM. Vallon et Lapointe, et le secrétaire général, M. Vernet, du concours actif qu'ils lui ont prêté. Son discours clôt la session de Nancy du Congrès.

Bourneville et A. Marie.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et mutations :* M. le Dr Charuel, médecin-adjoint à l'asile de Fains (Meuse), est nommé en la même qualité à l'asile de Châlons-sur-Marne en remplacement de M. le Dr Journiac (19 mai 1896); — M. le Dr Leroy est nommé médecin-adjoint de l'asile de Quimper (poste créé), 6 juin 1896; — M. le Dr Baruk est nommé médecin-adjoint à l'asile de Lesvellec (Morbihan) en remplacement de M. le Dr Fenayrou, appelé en la même qualité à l'asile de Blois; — M. le Dr Levet est nommé médecin-adjoint de l'asile de Fains en remplacement de M. Charuel, appelé en la même qualité à l'asile de Châlons-sur-Marne (17 juin 1896); — M. le Dr Santenoise est nommé médecin-adjoint à l'asile de Dôle en remplacement de M. Hamel, appelé en la même qualité à l'asile Saint-Yon (17 juin); — M. le Dr Maupali, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières, est promu à la 1re classe du cadre à partir du 1er juillet (10 juillet); — M. le Dr Garnier, directeur-médecin de l'asile de Dôle est promu à la classe exceptionnelle à partir du 1er juillet (10 juillet); — M. le Dr Keraval, directeur-médecin de l'asile d'Armentières, est promu à la 1re classe du cadre à partir du 1er juillet (20 juillet); — M. le Dr Adam, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est promu à la 1re classe du cadre à partir du 1er juillet 1896 (29 juillet); — M. le Dr Bellot, directeur-médecin de l'asile de Brenty, est promu à la 2e classe du cadre à partir du 1er juillet 1896 (29 juillet); — M. le Dr Viallon, médecin-adjoint de l'asile de Dijon, est promu à la 1re classe du cadre à partir du 1er août 1896 (8 août 1896).

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 996.

Vol. II. Octobre 1896. N° 10.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE

TROUBLES MOTEURS PRÉCÉDANT L'ARTICULATION DE LA PAROLE CHEZ UN DÉGÉNÉRÉ;

Par le Dr XAVIER PLANAT.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment à l'Asile clinique, un malade chez lequel l'émission de la parole était liée à des phénomènes convulsifs, dont l'ensemble complexe et la physionomie très spéciale nous ont paru dignes d'attirer l'attention. Nous devons à notre éminent maître, M. le Dr Magnan, qui a bien voulu conserver ce sujet dans son service et nous aider de ses conseils, d'avoir pu l'étudier à loisir et recueillir sur lui les renseignements suivants :

Adolphe K..., qui est âgé de dix-neuf ans, est entré à l'Admission le 9 mai 1896 ; il venait directement de l'hôpital Saint-Antoine. M. Brissaud, dans le service duquel il était interné, avait dû le renvoyer à causes des violences journalières auxquelles il se livrait sur d'autres malades de la salle.

Les antécédents héréditaires de K... nous apprennent peu de choses ; les informations que nous avons pu recueillir émanent du malade lui-même et de son correspondant à Paris ; nous les donnons donc sous toute réserve. Sa famille d'origine israélite était depuis longtemps établie à Odessa ; le père qui est brocanteur ne serait pas buveur et paraît exempt de toute tare névropathique ; la mère n'a jamais eu d'accidents convulsifs et semble bien équilibrée ; deux sœurs également bien portantes et deux frères, dont l'un marié et l'autre encore enfant n'auraient présenté jusqu'ici aucun accident pathologique sérieux ; un troisième est mort de la diphtérie en bas âge.

A. K... avait douze ans lorsque son père, pris du désir de faire fortune, se décida à abandonner la Russie avec sa famille. Il se dirigea d'abord vers l'Allemagne et fit un séjour de trois mois à Berlin; mais ne trouvant pas là les conditions qu'il cherchait, il gagne Hambourg où il s'embarque à destination de Buenos-Ayres. Le jeune A. K... avait bien accompagné ses parents à Hambourg mais il s'était refusé à partir avec eux « préférant, dit-il, être seul ». On lui procura du travail chez un fabricant de cigarettes, mais bientôt, trouvant la besogne trop assujettissante, il regagna Berlin où, pendant huit mois il mène une existence misérable, tour à tour occupé et sans emploi et très fréquemment dans le dénuement le plus complet ; c'est de là qu'il écrit à ses parents qui lui envoient la somme nécessaire pour aller les rejoindre. Arrivé dans la République Argentine, A. K... s'emploie à faire valoir une ferme dont sa famille avait entrepris l'exploitation; mais son séjour à la campagne fut de courte durée, car ses parents ayant rencontré une occasion avantageuse, reviennent à Buenos-Ayres où lui-même trouve à s'occuper en fabriquant de nouveau des cigarettes.

Il y avait un an et demi qu'il habitait la République Argentine lorsqu'un jour, se trouvant chez un de ses oncles et ayant soif, il prit une bouteille qu'il crut contenir du vin et la porta à ses lèvres; mais à peine avait-il bu une gorgée qu'il lâcha le flacon la bouche horriblement brûlée; nous ne sommes pas fixés sur la nature du liquide corrosif qui n'a d'ailleurs laissé aucune cicatrice ; quoi qu'il en soit, bien qu'immédiatement secouru, des symptômes bruyants se manifestèrent, les lèvres devenaient énormes et étaient couvertes d'escarres, la langue boursouflée ne pouvait se mouvoir et il ressentait à la poitrine une brûlure intense.

K..., dans les premiers moments qui avaient suivi l'accident, était resté sous le coup d'une terreur profonde ; par la suite, bien que rassuré par son entourage sur les conséquences de son aventure, il continua à se livrer à un violent désespoir. Lorsqu'il put parler, c'est-à-dire cinq ou six jours après l'accident, ses parents qui n'avaient jamais remarqué chez lui le plus léger trouble de la parole, furent fort étonnés en s'apercevant qu'il bégayait ; petit à petit son bégaiement augmenta et bientôt il fut précédé de manifestations spasmodiques qui, suivant une marche progressive, gagnèrent d'abord la tête et le tronc, puis les bras et enfin les jambes. Au bout de vingt-cinq jours, l'affection resta stationnaire et depuis, avec quelques variations sans importance, elle est restée telle que nous l'observons aujourd'hui.

Après une convalescence assez longue, K... put se remettre à travailler ; mais son caractère, assombri, était complètement changé ; sa pénible infirmité lui rendait la vie insoutenable. Un jour, ayant lu dans un journal espagnol, qu'il existait à Paris un Institut où l'on traitait et guérissait le bégaiement il voulut s'y

rendre sur-le-champ. Comme il n'y avait pas à Buenos-Ayres de bateau en partance pour la France, il résolut de profiter d'un vapeur à destination de Londres, mais comme ses ressources étaient des plus modestes, on l'engagea en qualité de domestique. En Angleterre nous le retrouvons tour à tour à Londres ou à Glasgow, ne manquant jamais de travail et économisant le plus possible. Au bout de deux ans il avait amassé un petit pécule qui lui permit de gagner la France et de subvenir aux premiers frais. Arrivé à Paris, il se fait conduire immédiatement à l'Institut des bègues, objectif de sa longue et opiniâtre odyssée; malheureusement il ne fut pas en mesure de réaliser les conditions de son admission. On lui donna alors l'idée de se présenter à la Salpêtrière où il fut reçu dans le service de M. le professeur Raymond; renvoyé au bout de quelques jours il fut admis à Saint-Antoine dans le service de M. Brissaud qui a bien voulu, très obligeamment nous renseigner sur l'attitude de K... pendant son séjour dans cet hôpital, séjour qui dura du mois de janvier au mois de mai. Le malade s'était parfaitement comporté durant les premiers temps, mais ayant appris à jouer, le jeu devint bientôt chez lui une passion telle qu'il quittait à peine les cartes pour prendre ses repas; lorsqu'il perdait il était de mauvaise humeur, les plus innocentes plaisanteries le mettaient hors de lui et il entrait dans de violentes colères impulsives; à plusieurs reprises il aurait menacé et frappé d'autres malades, bref il devenait dangereux. Dans ces conditions son séjour ne pouvant se prolonger dans un hôpital ordinaire, il fut transféré à Sainte-Anne où il entre avec le certificat suivant de M. Brissaud, attestant « que K... est atteint de tic et bégaiement spasmodique, sorte d'aura convulsive, avec crises d'exaltation, colères impulsives; qu'il se livre journellement à des voies de fait sur d'autres malades de la salle absolument inoffensifs. Névrose complexe de dégénérescence. »

A. K... est un garçon de moyenne taille, assez bien constitué, quoique son système musculaire soit relativement peu développé pour son âge, la tête petite est cependant assez bien conformée, la face est un peu aplatie. les pommettes saillantes, le front est bas, les fentes palpébrales étroites, il présente en outre quelques stigmates banals de la dégénérescence tels que la voûte palatine ogivale, un léger degré d'asymétrie faciale, une adhérence anormale du lobule de l'oreille; ces signes sont d'ailleurs peu accusés, et c'est surtout l'ensemble de la physionomie qui donne à première vue, sans qu'on puisse l'analyser nettement, l'impression qu'on se trouve en présence d'un être physiquement et intellectuellement amoindri.

Il est né à terme et nous ne retrouvons dans ses antécédents personnels aucun accident pathologique grave; il n'a pas eu de convulsions dans l'enfance et il aurait été épargné par les maladies

infectieuses habituelles à cet âge ; la fonction du langage s'est développée chez lui sans qu'on puisse noter quoi que ce soit d'anormal dans la date de son apparition ou dans le cours de son évolution et on n'a relevé chez ses ascendants directs aucun trouble de la parole. Il n'a jamais eu de vertiges ni d'accidents convulsifs d'aucune sorte et n'a jamais présenté non plus de mouvements choréiformes. La sensibilité générale est intacte et nous n'avons trouvé aucune défaillance dans le fonctionnement de ses organes sensoriels. Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme. Actuellement l'état général est excellent, et sauf quelques troubles dyspeptiques intermittents, suite probable de l'empoisonnement dont il faillit être victime, il est aussi bien portant que possible.

Au point de vue intellectuel, certaines facultés sont, chez lui, bien développées ; c'est ainsi qu'il a montré de bonne heure une certaine aptitude pour les langues et dans son existence cosmopolite il a pu se tirer rapidement d'affaire ; il ne cherchait jamais, d'ailleurs, à se perfectionner et il se contentait de ce que les hasards de la vie courante lui apprenaient ; toutes les notions qu'il a acquises offrent, d'ailleurs, cet aspect de décousu et d'inachevé ; outre le russe et l'hébreu qu'il connaissait avant son départ d'Odessa, il apprit successivement en Allemagne et en Angleterre, la langue du pays pendant les séjours qu'il y faisait, l'espagnol pendant qu'il habitait la République Argentine, et il commence à se faire comprendre assez bien en français. La mémoire normalement développée pour les langues, présente des défaillances surprenantes pour les dates, les noms propres, les faits récents ; il ne se rappelle pas, par exemple, à quelle époque il est venu en France et c'est avec beaucoup de peine qu'on lui fait préciser la durée de son séjour à la Salpêtrière ; il ne se souvient pas non plus sur quel bateau il est venu de Buenos-Ayres à Londres.

Le goût musical est très prononcé chez lui et sous ce rapport il est très au-dessus de la moyenne.

Dans sa conduite, on relève d'étranges contradictions ; c'est ainsi qu'après avoir dirigé tous ses efforts avec une ténacité et une énergie extraordinaires en vue de se faire traiter à Paris, il s'accommode très bien de la paisible existence des hôpitaux et ne réclamerait pas de traitement si on ne l'obligeait à s'y soumettre. On ne comprend pas non plus, aisément, pour quelle raison il a voulu rester en Allemagne au moment du départ de sa famille pour la République Argentine. La faculté d'attention, susceptible de s'exercer avec fruit sur certains sujets, est totalement dépourvue de résistance sur d'autres. Nous relevons, quant au jugement, au cours de son aventureuse existence, de nombreux faits qui prouvent que la plupart de ses actes, tout au moins avant l'accident, étaient provoqués par ses caprices et que le raisonnement et la réflexion n'y prenaient aucune part.

Nous n'avons trouvé aucune anomalie dans la sphère des sentiments moraux ; ses facultés affectives paraissent seulement médiocrement développées.

Nous avons vu, au cours de son histoire, qu'il avait pu, dans certains cas, faire preuve d'une volonté tenace, cette faculté nous a paru toutefois susceptible de subir, sous l'influence de causes souvent insignifiantes, des intermittences plus ou moins passagères dans son fonctionnement. Pour ce qui est de l'émotivité facilement éveillée chez lui, nous aurons l'occasion d'en parler longuement avec les troubles moteurs que nous allons décrire.

Les phénomènes spasmodiques qui constituent l'intérêt principal de l'histoire pathologique de ce malade, sont intimement et uniquement liés, ainsi que nous l'indiquions au début de cette note, à la manifestation de la pensée sous la forme du langage parlé. Voici dans quelles circonstances ils surviennent et les caractères objectifs que l'on observe. Si l'on adresse au malade K... une question quelconque, on voit tout aussitôt sa physionomie prendre un aspect spécial de contrainte et de gêne ; les yeux deviennent fixes ; le front se plisse, attirant en haut les sourcils, le droit principalement, la lèvre supérieure est soulevée par les zygomatiques plus à droite qu'à gauche ; la lèvre inférieure est également tendue en avant ; une sorte de sifflement s'échappe entre les arcades dentaires serrées par la contraction des masséters ; les ailes du nez battent ; la langue s'immobilise dans la bouche ; la tête est légèrement attirée en arrière et un peu du côté gauche, le cou et le tronc se raidissent ; les sterno-cléido-mastoïdiens entrent en contraction, puis l'onde convulsive gagnant les pectoraux, les grands dentelés, tous les muscles du thorax, atteint parfois dans sa marche progressive, ceux de la paroi abdominale ; le rythme respiratoire est profondément modifié et l'aspect du patient offre les apparences physiques d'un sujet soumis à un effort violent.

En même temps que l'action convulsivante fait entrer les masses musculaires du cou et de la poitrine dans une phase en quelque sorte tétanique, elle atteint le membre supérieur ; l'avant-bras en demi-flexion, un moment immobile, est d'abord vivement projeté en bas et un peu en avant, puis il se fléchit et dessine, sans pour cela revenir à l'extension complète au-devant de l'abdomen et de la poitrine, une série de flexions et de déflexions saccadées et rapides ; les mouvements de l'avant-bras droit ont pour effet de faire parcourir, à plusieurs reprises, à la main du même côté, toute l'étendue du membre supérieur gauche contre lequel elle s'applique dans les allées et venues de sa course convulsive[1].

[1] Il est toutefois possible d'obtenir le transfert des mouvements spasmodiques à gauche, il suffit de tenir le bras droit du malade sans le serrer, les mouvements de flexion et d'extension se montrent alors dans l'avant-bras gauche, mais cependant bien plus atténués qu'à droite.

La plupart du temps l'épaule gauche, simultanément avec la droite, éprouve une secousse brusque qui la soulève; tout peut se borner là, mais fréquemment aussi le bras se contracte et s'étend, et la main est, comme du côté opposé, brusquement projetée en bas, en avant et un peu en dedans; toutefois la série des mouvements à grande amplitude décrits par l'avant-bras droit, n'existe pas à gauche.

Les membres inférieurs, sauf lorsque le malade est dans le décubitus dorsal, sont susceptibles de prendre part aux secousses qui agitent le reste du corps : d'une façon générale, les accidents convulsifs y affectent une forme atténuée et parfois le malade étant assis ou même debout, peuvent faire complètement défaut. Ils consistent en mouvements de flexion et d'extension peu marqués et de très faible amplitude à la cuisse et à la jambe, plus accentués aux pieds qui, tour à tour, étendus ou fléchis, portent bruyamment contre le sol, tantôt par la pointe, tantôt par le talon; exceptionnellement le pied complètement soulevé, retombe à plat. Ces phénomènes ont lieu à gauche comme à droite, mais toujours alternativement.

Si la question que l'on a posée au malade, comporte une réponse un peu longue qui l'oblige à réfléchir, si surtout il est un peu impressionné, la phrase partagée par les phénomènes moteurs, sort en quelque sorte en lambeaux; en effet dès que les manifestations convulsives ont pris naissance, c'est-à-dire dès que le malade a voulu parler, il s'est butté contre le commencement du mot qu'il veut prononcer, et ses efforts pour le proférer s'accusent en même temps que les troubles respiratoires et l'agitation des membres s'accroissent, puis tout à coup l'obstacle cède, un mot ou deux, quelquefois un membre de phrase, toujours dits correctement, sont prononcés en même temps que le patient exhale un soupir de soulagement. Puis il vient se heurter aux mêmes difficultés avec la continuation de sa phrase qui parvient à sa fin après une série d'interruptions.

Parmi les lettres, aucune n'a paru avoir d'action perturbatrice spéciale; si on lui fait répéter les plus difficiles, après les avoir soi-même prononcées, il n'éprouve, pour aucune, le moindre effort; de même pour les mots composés de manière à rendre leur prononciation très ardue et qui sont proférés avec aisance. Les troubles de la parole ne se montrent pas d'ailleurs plus fréquents à l'occasion des voyelles que des consonnes.

Lorsque K... est arrêté devant le commencement d'un mot, il n'en répétera pas coup sur coup les premières syllabes, ainsi que cela a lieu si souvent chez les bègues ordinaires, seulement une sorte de sifflement à timbre très bas sort entre les arcades dentaires, précédant l'émission du mot ou de la phrase qui se détachent, le moment venu, comme projetés : on dirait d'un ressort qui se déclenche. Pour peu que l'interrogatoire se prolonge, on verra

bientôt s'accentuer les phénomènes spasmodiques avec une violence rapidement progressive ; à chaque nouveau membre de phrase qui tend à s'extérioriser, les secousses augmentent d'intensité, les pieds s'étendent et se fléchissent alternativement, l'amplitude des mouvements cloniques du bras droit s'exagère; en vain, dans ce cas, le malade essaie de modérer ce mouvement si caractéristique en appliquant le plus fortement qu'il le peut, sa main contre les plis de son vêtement, en tâchant d'entrelacer ses doigts à ceux de la main du côté opposé, l'avant-bras continue à parcourir son arc de cercle habituel par saccades précipitées.

Au contraire, lorsqu'on le prie de chanter, ce qu'il fait volontiers, il n'éprouve aucun trouble du langage, aucune secousse convulsive dans les territoires musculaires, habituellement si prompts à entrer en contraction à la moindre manifestation verbale.

L'intensité des accidents convulsifs est susceptible d'éprouver les différences de degré les plus grandes; à côté du type le plus fréquent et qui est celui que nous avons longuement décrit, d'autres modalités peuvent être observées.

C'est ainsi que dans certains cas la phase convulsive limite son action à la tête qui se raidit et à une secousse brusque qui parcourt le tronc et les bras, parfois même la tête seule est affectée, d'autres fois, mais presque exceptionnellement, nous avons pu noter simplement un peu d'hésitation après laquelle la phrase très courte, dans ce cas, s'échappait dans un soupir; plus souvent, il existait une simple atténuation des phénomènes convulsifs, et le malade exprimait ce qu'il avait à dire dans un langage que coupait, à intervalles plus ou moins rapprochés, un sorte de hoquet. Dans tous les cas, l'ordre d'apparition des phénomènes ne varie pas. D'abord la phase convulsive précédant l'émission de la parole qui est elle-même suivie d'une sensation profonde de soulagement et de bien-être. La durée des troubles moteurs est loin d'être fixe, et il serait impossible d'assigner, d'une façon invariable, le laps de temps pendant lequel ils exercent leur action. En moyenne, ils ne dépassent pas trois à quatre secondes ; exceptionnellement, nous les avons vus durer six à sept secondes, et dans des circonstances capables de produire une émotion profonde, ils sont susceptibles de se prolonger plus longtemps encore.

Pendant que le malade est sous le coup des manifestations convulsives, il éprouve toujours une sensation de gêne et d'oppression qui se retrouve d'ailleurs en d'autres circonstances : si on lui adresse une question, il éprouve le besoin impulsif d'y répondre sur-le-champ, et si on lui ordonne de ne faire connaître ce qu'il a à dire qu'à un moment donné, il obéit parfaitement, mais la même sensation d'anxiété qui se manifeste à l'occasion des phénomènes spasmodiques se produit et ne se dissipe qu'après que le malade a parlé ou un temps relativement long.

Les troubles respiratoires se montrent en même temps que les phénomènes convulsifs des membres : la cage thoracique est presque immobilisée, elle laisse cependant s'échapper peu à peu l'air que contiennent les poumons, et le malade est dans l'impossibilité d'utiliser pour parler, ainsi que cela a lieu à l'état physiologique, cet air qui se fait de plus en plus rare ; la plupart du temps, au moment où l'expiration, quoique très ralentie par la tétanisation des muscles respiratoires, va être complète, l'obstacle cède et le malade profite du peu d'air qui s'échappe encore pour proférer sa phrase, et cela fait, il prend une ample inspiration, mais les mêmes troubles recommencent et selon la succession des mêmes phases tant que le malade voudra parler.

Parmi les causes susceptibles d'agir sur les phénomènes moteurs que nous venons de décrire, figurent en première ligne les influences morales : la vue d'un inconnu, une question adressée brusquement et pour laquelle on réclame une réponse immédiate, une réprimande insignifiante, la colère surtout, toutes causes en un mot, capables de l'émotionner, fût-ce légèrement, provoqueront chez lui, lorsque la parole tendra à se manifester, des accidents convulsifs plus ou moins accentués, selon que la cause perturbatrice aura été plus ou moins profondément ressentie.

Plus la connaissance d'une langue est familière au malade plus les accidents spasmodiques sont atténués, c'est ainsi qu'interrogé en allemand qu'il prétend bien connaître, on remarque une différence sensible dans les réactions motrices ; elles ne vont pas d'ailleurs jusqu'à disparaître complètement et sont susceptibles de se réveiller sous l'influence des causes émotionnelles.

Les conditions atmosphériques influent, selon K..., sur la violence plus ou moins grande de son tic; pour nous, nous l'avons toujours trouvé d'une façon constante plus exagéré le soir que le matin. Il existe toutefois des périodes pendant lesquelles le malade, se trouvant toujours dans les mêmes conditions, les troubles de la parole et les accidents convulsifs disparaissent complètement; d'autres fois, au contraire, ils sont exagérés sans qu'on puisse logiquement attribuer à ces changements, qui n'affectent d'ailleurs aucune intermittence régulière, une cause quelconque.

Quelques modifications peu marquées mais cependant sensibles et constantes au moins jusqu'ici se sont montrées dans l'état de A. K... depuis son entrée à l'Asile clinique. Les troubles moteurs étaient, à son arrivée, très accusés, très violents et pour peu que le malade fût ému on assistait dès qu'il voulait parler au spectacle d'une incoordination musculaire généralisée. Après quelque temps de séjour sous l'influence des encouragements, de la promesse formelle qu'il guérirait et surtout après quelques essais de gymnastique vocale, les mouvements spasmodiques montrèrent une tendance à diminuer d'intensité; cette tendance s'accentua de plus en

plus, mais le degré de fréquence est resté à peu près le même. Cependant les intermittences durant lesquelles le malade peut parler sans effort et sans mouvements convulsifs semblent se faire depuis quelque temps plus fréquentes.

Les troubles de la parole dont nous venons d'esquisser les principaux caractères peuvent-ils être rapportés sans conteste possible au bégaiement! La majorité des signes observés plaide assurément en faveur de cette manière de voir; la disparition dans le chant de tout phénomène défectueux, les troubles respiratoires très accusés et jusqu'aux périodes d'exacerbation et de rémission. Ce sont là autant de symptômes classiques et des plus nets chez notre malade. Le mode de début de l'affection dont le traumatisme moral causé par une violente frayeur semble avoir été l'occasion est également des plus habituels et nombreux sont les exemples de sujets devenus bègues à la suite d'une vive émotion. Mais ces accidents sont survenus chez notre malade à un âge où il n'est pas habituel d'observer leur début. On sait en effet que « le bégaiement apparaît dans la première enfance, de trois à sept ans; quelquefois un peu plus tard mais très rarement après l'âge de onze ou douze ans [1] ».

Or, chez notre malade, les troubles de la parole ne sont survenus que vers quatorze ans et, fait très important sur lequel nous avons des renseignements très catégoriques, rien n'avait fait précédemment supposer chez lui un état d'infériorité ou de vulnérabilité spéciale dans la fonction du langage. D'autre part son bégaiement, considéré en lui-même, n'a pas non plus les caractères du type le plus communément observé.

La phrase encadrée et divisée par les phénomènes convulsifs se développe correctement aussitôt que l'obstacle a cédé, il n'y a jamais de répétition et de prononciation défectueuse des mots, et les lettres qui sont pour le bègue ordinaire l'objet d'une articulation particulièrement ardue n'ont jamais offert pour notre malade la moindre difficulté.

Les troubles moteurs associés au bégaiement ne sont pas extrêmement rares, mais ils affectent un polymorphisme tel chez le même sujet, des variations individuelles si grandes qu'ils n'ont pas été jusqu'ici, au moins à notre connaissance, systématisés en une description méthodique; on s'est contenté

[1] Dr Chervin. — *Bégaiement et autres défauts de prononciation*, page 35.

de les signaler au cours de l'histoire pathologique des malades qui en étaient affectés. Toutefois les accidents convulsifs présentés par K... semblent offrir assez de caractères spéciaux dans leur mode d'apparition, assez de constance dans leur manifestation et dans leur manière d'évoluer pour qu'il y ait lieu de les rapprocher des entités nosologiques qui présentent avec eux des analogies morphologiques.

A l'aspect extérieur du malade et en assistant aux phases d'agitation musculaire, on songe naturellement à la maladie des tics convulsifs telle que l'ont décrite MM. Gilles de la Tourette et G. Guinon. De nombreux caractères cependant l'en différencient et pour ne s'appuyer que sur la forme des accidents convulsifs les secousses sont dans la *maladie des tics* plus brusques, plus rapides, elles ont même un caractère franchement explosit; en second lieu, elles représentent toujours l'ébauche de mouvements volontaires ou réflexes, elles restent souvent localisées à la face, enfin elles s'accompagnent d'ordinaire d'un état mental spécial qui trouve son expression fréquente dans des syndromes épisodiques de l'histoire des dégénérés, l'écholalie et la coprolalie. Le paramyoclonus multiple avec d'autres caractères communs tels que l'influence des impressions morales et des excitations périphériques sur le plus ou moins d'agitation musculaire présente des analogies dans le mode de début qui est émotionnel, mais les signes qui peuvent servir à les différencier de l'affection présentée par K... sont nombreux. En première ligne le début par les membres inférieurs et l'intégrité presque constante de la face qui est en général respectée; le pouvoir qu'a la volonté d'arrêter les mouvements lorsqu'on l'ordonne au malade et enfin le fait que les mouvements volontaires font cesser immédiatement les convulsions dans les groupes musculaires qui y prennent part, ce sont là autant de signes de première importance qui permettent, malgré certaines apparences de forme de faire promptement la distinction.

On trouverait parmi les autres myoclonies : chorée de Dubini, chorée électrique de Enock-Bergeron, chorée fibrillaire de Morvan, etc., dont la différenciation à titre d'entité nosologique est contestée, étant donné qu'elle ne formerait selon certains avis (Paul Blocq) que des modalités diverses de la maladie de Friedreich, un aspect extérieur présentant une assez grande ressemblance avec les accidents convulsifs dont

K... est affecté, le diagnostic serait du reste toujours aisé à cause de l'action spécifique du langage articulé dans la production des troubles moteurs.

On a décrit des tics hystériques et leurs apparences sont des plus variées, mais ils présentent des rapports avec les manifestations convulsives décrites par Gilles de la Tourette et comme dans cette dernière affection ils ont un sens et expriment la tendance à des mouvements coordonnés.

Le terrain sur lequel se sont développés les troubles divers que nous avons décrits n'est pas d'ailleurs un terrain hystérique. On ne relève rien tant dans les antécédents héréditaires de K... que dans ses antécédents personnels qui puisse faire soupçonner l'existence de cette névrose. Il n'existe aucune anesthésie dans le domaine de la sensibilité générale et l'examen du champ visuel permet de conclure à l'intégrité fonctionnelle absolue de la vision; nous n'avons noté aucun trouble dans les autres organes sensoriels et il ressort des renseignements qu'il n'y a jamais eu de paralysie, de contracture ou d'accidents convulsifs autres que ceux dont nous venons de parler.

Bien que l'hérédité de K... soit peu chargée, au moins d'après les informations que nous avons eues, il n'en est pas moins nettement un dégénéré. Son aspect extérieur et les tares physiques diverses que nous avons notées au cours de l'observation parlent en faveur de cette manière de voir, et il y a d'ailleurs correspondance chez lui entre les déchéances physiques et les stigmates mentaux.

Dans le domaine moral, il est un émotif, et sous ce rapport son bégaiement renseigne très exactement sur son degré d'impressionnabilité; il est d'autre part sujet à des colères impulsives; a des crises d'exaltation et depuis quelque temps pour un motif futile, il est entré dans un état voisin de la dépression mélancolique. Au point de vue intellectuel, ses facultés, normalement développées sur certains points, présentent sur d'autres des lacunes étranges; le fonctionnement de la mémoire chez K... en est un exemple; d'autre part son existence migratrice, aventureuse, dominée souvent par les impressions du moment, nous fournit une preuve de plus de sa déséquilibration. Enfin, bégaiement et tic sont deux stigmates trop communs et trop importants de la dégénérescence mentale pour qu'il soit nécessaire d'insister sur leur signification pathologique.

K... présente en outre à l'état d'ébauche un phénomène que l'on pourrait rapprocher de certains syndromes épisodiques et que nous avons signalé au cours de l'observation. Il s'agit du besoin impulsif de répondre sur-le-champ qu'éprouve le malade : lorsqu'on lui a fait une question si on lui ordonne de ne rien dire, jusqu'à ce qu'on l'y autorise, il éprouve une véritable gêne et une sorte d'oppression qui ne cesse qu'après un certain temps où lorsqu'on l'a autorisé à prendre la parole. Ce fait rappelle, très atténuées, certaines obsessions des onomatomanes qui ne sont soulagés qu'après avoir satisfait au besoin de proférer la phrase ou tout le mot qui tend à s'extérioriser.

Quant au mécanisme qui préside à la production des troubles complexes que nous avons décrits, on ne peut en risquer qu'une explication tout hypothétique. Cependant l'examen du tableau clinique présenté par le malade K..., éveille logiquement par certains traits, certaines ressemblances, l'idée que des conditions analogues à celles qui règlent l'éveil et le développement des manifestations épileptiques, peuvent entrer en jeu dans la genèse des accidents que nous avons observés.

Hâtons-nous de dire que nous n'avons pas l'intention de rattacher, de près ou de loin, soit à l'épilepsie essentielle, soit à l'épilepsie symptomatique, les manifestations diverses éprouvées par le malade K..., et nous ne jugeons même pas qu'il soit nécessaire, après les développements accordés à l'observation, d'insister sur les caractères différentiels respectifs des deux affections. Nous ne faisons intervenir ici l'épilepsie que comme terme de comparaison, dont les apparences extérieures vont nous servir de point de repère, pour montrer l'analogie évolutive possible des deux processus qui, quoique complètement différents dans le fond, affectent dans leur marche des caractères communs. Bien que les accidents présentés par notre malade soient assurément sous la dépendance de troubles fonctionnels et que l'épilepsie jacksonienne soit par définition symptomatique, c'est le mécanisme décrit pour cette affection que nous allons avoir en vue dans l'intérêt de la netteté de la démonstration.

L'ordre d'envahissement des territoires atteints par l'épilepsie jacksonienne est expliqué par la disposition topographique des divers centres moteurs à la surface de la zone rolandique; dans le type facial, par exemple, la superposition des trois centres moteurs de la face, du membre supérieur, du

membre inférieur, rend compte de l'apparition successive des accidents convulsifs : « ... l'onde remonte de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante jusqu'à l'extrémité supérieure de cette circonvolution. — Dans le type brachial, le rayonnement de l'onde envahit d'abord la face, dont le centre est situé au-dessous du centre brachial ; puis le membre inférieur, dont le centre est situé au-dessus. Mais comme le centre du membre inférieur est plus éloigné du centre brachial que ne l'est le centre facial, c'est le centre facial que la progression de l'onde intéresse d'abord [1]. »

Ceci dit, si nous nous reportons à la description clinique des accidents présentés par K..., voici brièvement résumé ce que nous trouvons : à l'occasion unique du langage parlé apparaissent des phénomènes spasmodiques débutant par la face, puis envahissant successivement le cou, la poitrine, les membres supérieurs et les membres inférieurs qui passent par une phase tonique et une phase clonique ; à la face la période tonique existe seule ; de plus les troubles moteurs affectent une localisation sinon franchement hémiplégique au moins beaucoup plus marquée à droite. C'est l'observation de l'ordre d'envahissement par le processus convulsivant des différents groupes musculaires qui nous a donné l'idée d'une analogie possible de mécanisme avec celui de l'attaque d'épilepsie jacksonienne ; il y a d'ailleurs correspondance entre les faits cliniques et l'hypothèse anatomique : si, en effet, on veut bien admettre un trouble provoqué par l'élaboration de la phrase dans le centre de l'articulation des mots, il sera logique de supposer qu'après avoir gagné le centre des mouvements de la face qui lui est contigu, l'onde spasmodique remonte le long de la frontale et de la pariétale ascendantes faisant entrer successivement en action les centres moteurs du tronc, du membre supérieur et du membre inférieur.

Nous nous en tiendrons là, dans l'assimilation pathogénique que nous avous tenté de faire. Malgré quelques apparences de forme avec l'épilepsie jacksonienne les manifestations convulsives de K... sont de nature complètement différente et nous croyons avoir assez longuement développé leur histoire pour que la confusion ne soit pas possible.

C'est à la dégénérescence mentale que nous rapportons les

[1] Brissaud. — *Epilepsie jacksonienne*, in *Traité de médecine*, t. VI, p. 85.

divers accidents que nous venons de relater; le tic et le bégaiement en sont des stigmates classiques; ils se sont développés sur un terrain très propre à les recevoir, mais l'un et l'autre ont manifesté chez K... un certain nombre de caractères qui les éloignent beaucoup des types connus et décrits; c'est pour cela que nous avons pensé qu'il y avait quelque intérêt à signaler ces formes rares de la déséquilibration cérébro-médullaire [1].

ASILES D'ALIÉNÉS.

ASSISTANCE DES ALIÉNÉS DANS L'ÉTAT DE NEW-YORK

RAPPORT DE LA COMMISSION DE SURVEILLANCE POUR L'EXERCICE FISCAL 1894. (Imprimé en août 1895.)

(Analysé par le Dr DARIN.)

UN MOT D'EXPLICATION

Dans la république fédérative des Etats-Unis, chacun des Etats a son organisation politique particulière et sa législature à part (Sénat et Chambre des représentants), qui édicte, pour tout ce qui n'est pas du ressort fédéral, des lois promulguées par le gouverneur et valables dans l'étendue de l'Etat. L'Etat de New-York a environ 6 millions d'habitants, sur une étendue de 127,000 kilomètres carrés. (Cette surface équivaut à peu près à celle de nos anciennes provinces : Ile-de-France, Picardie, Normandie, Orléanais et Bourgogne réunies, soit les 24 centièmes de la superficie actuelle de la France). La population y est donc moins dense que la nôtre, 47 habitants par kilomètre carré, au lieu de 71 en moyenne ici.

En ce qui concerne les aliénés, ce n'est qu'en 1867 que la législature de l'Etat soumit l'inspection des asiles *publics* à un corps officiel, appelé « Board of State Commissioners of public Charities », qui était chargé en même temps de surveiller tous les établisse-

[1] Cette intéressante observation pourrait être rapprochée des nombreux cas de tics compliqués de troubles de la parole, recueillis dans le service des enfants de Bicêtre par un de nos collaborateurs. (J. Noir, *Etude sur les tics*, 1893.) (Note de la rédaction.)

ments de charité et de correction (excepté les prisons) recevant des secours de l'Etat. Ce n'est qu'en 1873 que le même corps, désigné sous le nom de State Board of Charities, fut autorisé à visiter en outre les établissements *privés*.

Enfin, c'est en 1889 que la législature nomma la *Commission actuelle* du service des aliénés. Mais celle-ci resta en conflit d'attributions avec le *Bureau de charités*, qui était chargé par la loi de visiter 50,000 personnes assistées, et en plus tous les asiles d'aliénés concurremment avec la commission spéciale.

En 1894, on proposa un amendement à la constitution pour faire cesser ce conflit d'attributions et cet amendement, ratifié par le peuple, institue la commission du service des aliénés comme corps *constitutionnel* [1], c'est-à-dire la rend indépendante du parlement, mais tout en laissant (chose bizarre) la surveillance des asiles d'idiots et d'épileptiques au bureau de charités. En même temps, la constitution a reconnu le droit légal qu'a une commission volontaire (non officielle) d'inspecter les asiles d'aliénés, et le rapport de cette dernière (signé de la présidente) est annexé à celui de la commission d'Etat, qui le transmet directement à la législature.

Le Dr Mac Donald, président de cette commission, a bien voulu nous envoyer un exemplaire de son rapport pour l'exercice fiscal 1894. C'est un gros volume de 700 pages, rempli de documents intéressants. Nous allons essayer d'en donner une idée.

Disons tout de suite que le nombre des aliénés inspectés dans l'état de New-York s'élevait au 1er octobre 1894, à 19,088, sans compter des idiots et épileptiques, 2,275, et la plupart des alcooliques qui sont soignés dans des asiles spéciaux (un seul a reçu 261 malades en quinze mois).

La commission, en transmettant à la législature, son sixième rapport annuel, observe qu'elle a dû en multiplier les détails pour donner satisfaction à tous les intérêts, à ceux de l'Etat qui veille au bien-être des aliénés, des médecins et administrateurs, comme à ceux des contribuables qui payent une taxe spéciale pour ce service.

[1] On demandera quelle nécessité a fait incorporer dans la Constitution de l'État cette Commission ainsi que le Bureau de Charités et celui des Prisons ? C'est que, depuis vingt-cinq ans, le nombre et la fortune des institutions d'assistance publiques et privées, ont augmenté dans une proportion énorme. A la fin de 1893, on estimait la valeur de tous leurs domaines à environ 421 millions ; la somme totale dépensée par elles, dans la même année, était de 102 millions. Ces institutions sont très puissantes. Il fallait donc que les Conseils chargés de leur contrôle fussent assurés de pouvoir remplir leurs fonctions avec une pleine indépendance, grâce au privilège d'une inamovibilité constitutionnelle. D'autre part, on n'a pas à craindre leur despotisme, car tous les détails d'organisation et d'administration relèvent de la législature, la constitution n'accordant aux commissions qu'un rôle de surveillance et de contrôle.

Ce rapport se divise en sept parties principales relatives : 1° au système d'Etat; 2° au système de comté; 3° au système privé autorisé; 4° à des généralités sur ces divers systèmes; 5° aux statistiques; 6° aux vœux formulés par la commission. Enfin la septième partie est une sorte d'annuaire des asiles.

Première partie. — SYSTÈME D'ÉTAT.

Le gouvernement tend à centraliser le service des aliénés. Il a déjà neuf établissements (y compris un hôpital réservé aux criminels fous) qu'on appelle *hôpitaux* d'Etat par opposition aux *asiles* de comtés qui sont administrés par les municipalités. Ces derniers ne sont plus actuellement qu'au nombre de six (quatre pour la ville de New-York et deux pour Kings County) et la commission espère voir cesser bientôt cette exception, car l'administration en est *lamentablement* inférieure à celle de l'Etat, sauf en ce qui concerne les soins médicaux, la discipline et la propreté.

Il existe, en outre, dix-huit établissements privés autorisés, renfermant 819 malades.

Entretien des malades. — Jusqu'en 1893, il n'y avait pas d'uniformité dans l'établissement des budgets des hôpitaux. La commission y a remédié en partie, et ses réformes se sont traduites, pour l'exercice fiscal 1894, par une économie de 1 million et demi, c'est-à-dire de près de 160 francs par tête, tout en alimentant et traitant les malades avec une ample libéralité. (Les dépenses prévues pour l'année 1895 sont de 9,600,000 francs en chiffres ronds. En estimant la valeur de la propriété imposable de l'Etat à 21 milliards 500 millions, il faudra la frapper d'une taxe d'environ 0 fr. 045 p. 100 pour l'assistance des aliénés.)

Régime alimentaire. — La commission, préoccupée du bien-être des malades et désireuse d'unifier leur régime alimentaire, a demandé au professeur Flint, le physiologiste bien connu, une formule destinée à servir de base uniforme. La ration journalière de chaque malade doit se composer de :

Viandes, avec os (comprenant des viandes salées, du poisson frais et salé, volailles) 12 onces = 340 grammes;

Farine de blé (pain) ou de maïs ou macaroni, 12 onces = 340 grammes;

Pommes de terre, 340 grammes; lait, 453 grammes; œufs, 56 grammes;

Sucre, 56 grammes; beurre, 56 grammes; fromage, 30 grammes; riz, 43 grammes;

Fèves ou pois (secs), 43 grammes; café (en grains grillés), 24 grammes; thé noir, 3 gr. 5. Les fruits et légumes de saison ne doivent pas être négligés. Tous les directeurs approuvent ces données, en réservant le régime extra pour des cas spéciaux, qui

doit être prescrit par les médecins, et reconnaissent, avec la commission, qu'il est avantageux, à tous les points de vue, de n'acheter que des denrées de première qualité.

Constructions, réparations, etc. — Les hôpitaux d'Etat datent : le premier, de 1836; le deuxième, de 1857; le troisième, de 1865; le quatrième, de 1867; le cinquième et le sixième, de 1870; le septième, de 1879; le huitième, de 1887, et le neuvième, de 1891.

Ils ont coûté à édifier, réparer, etc., 70 millions.

L'expérience montre que l'augmentation annuelle des aliénés, dans les neuf hôpitaux, varie de 200 à 400. Ce dernier chiffre a été fortement dépassé l'an dernier, et, étant donnée la crise financière, qui tend à exagérer l'influence de quelques-unes des causes reconnues de la folie, il est raisonnable de supposer une progression encore plus forte l'an prochain. Il faut donc construire encore pour loger tous ces malades. La sagesse veut qu'on prévoie une augmentation de 600 pour 1896, ce qui, à raison de 2,750 francs par tête, exigera 1,650,000 francs de constructions nouvelles et permettra d'en hospitaliser 9,753 (ou 10,303 en comptant les criminels fous).

Projet pour spécialiser le traitement des cas curables. — Jusqu'à ces dernières années, l'administration était absorbée par le souci de loger un nombre sans cesse croissant de malades (il a décuplé en vingt ans); il fallait construire, réparer, améliorer les bâtiments existants, assurer le bien-être des pensionnaires, soigner les affections intercurrentes, maintenir l'ordre et la discipline, etc. Bref, les directeurs étaient obligés de consacrer surtout leurs efforts à leurs fonctions administratives et négligeaient forcément la thérapeutique. Mais, la folie étant une maladie souvent curable, la commission conseille d'annexer à chacun des huit hôpitaux d'Etat (le neuvième étant réservé aux criminels), deux bâtiments séparés pouvant loger 25 hommes et 25 femmes, choisis parmi les malades offrant le plus d'espoir de guérison, et qui seraient largement pourvus de tout ce que la science considère comme nécessaire au traitement curatif de l'aliénation mentale.

Projet de création d'un laboratoire pathologique. — Un autre vœu de la commission, c'est l'établissement d'un institut pathologique, dépendant des hospices d'aliénés, qui serait dirigé par un professeur spécial et où les médecins pourraient se livrer à des recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur le cerveau et le système nerveux. Ce vœu a été approuvé par tous les directeurs.

Substitution d'infirmières aux infirmiers dans les salles d'hommes. — Après des essais favorables dans les réfectoires, les vestiaires, etc., la commission croit qu'il y aurait avantage à employer exclusivement des femmes pour le service des aliénés, sauf pour les besognes trop pénibles. L'expérience a montré que le recrutement en est facile. (On pousse en Amérique le scrupule des mots assez

loin pour que l'on conseille de remplacer la dénomination d'*Attendant* par celle de *Nurse*, de même que la loi a opposé le nom d'hôpital à celui d'asile.)

Malades payants. — Aux malades non indigents, on fait payer environ 2 fr. 65 par jour. Il y a intérêt pour l'Etat à être sévère sur ce point afin d'éviter l'encombrement. Par contre, la commission conseille de ne jamais demander plus de 50 francs par semaine aux pensionnaires privés, pour ne pas avoir à subir leurs exigences, etc.

Uniformisation des traitements et salaires. — La commission voudrait encore qu'on fît un classement des médecins, etc., de manière à établir partout des traitements uniformes et variables suivant la classe ; de même pour les salaires des employés.

Proportion des guérisons. — Jadis, on divisait les fous en aigus et chroniques et l'on reléguait ceux-ci dans les dépôts de mendicité ou les hospices d'incurables. La loi de 1890, fit transférer plus de 2,000 cas de ces derniers dans les hôpitaux d'Etat ; on aurait pu croire alors que cette accession allait diminuer le chiffre des guérisons. Pas du tout : de 1885 à 1889, le taux moyen de celles-ci était de 5,8 p. 100; de 1890 à 1894, il a été de 6,8 p. 100, soit au contraire une augmentation de 1 p. 100 des guérisons, ce qui prouve que les aliénés dits *chroniques* ne sont pas des incurables.

Criminels fous. — On a construit un hôpital d'Etat pour les criminels fous, permettant de séparer ceux qui ont été acquittés ou non jugés parce qu'ils étaient aliénés au moment où ils commirent leurs attentats, de ceux qui sont devenus fous pendant qu'ils subissaient leurs peines. Ces derniers font tous leurs efforts pour s'évader — surtout ceux qui ont commis des attentats contre la propriété — et il semble que la maladie mentale exagère leur adresse et leurs ruses naturelles. De là la difficulté de les retenir prisonniers dans un établissement qui a plutôt le caractère d'un hôpital que celui d'une prison. En fait, les évasions et les tentatives d'évasion sont très fréquentes. D'autre part, les autres ne sont pas réellement des criminels et, n'étaient leurs tendances dangereuses, on pourrait les traiter tout à fait comme des fous ordinaires. Or, ces deux catégories de malades vont sans cesse en augmentant et la place manque déjà pour les interner. On pourrait transférer à d'autres hôpitaux d'Etat les condamnés devenus fous, quand ils sont arrivés à l'expiration de leur peine; ou bien agrandir l'hôpital spécial ; ou bien encore adjoindre à des prisons d'Etat des bâtiments destinés aux criminels fous. C'est cette dernière solution que conseille la commission.

RAPPORTS SPÉCIAUX DES HÔPITAUX D'ÉTAT

Ces rapports sont établis sur un plan uniforme, d'après le formulaire suivant proposé par la commission :

1. Exposer, d'une manière générale, les opérations de l'hôpital pour l'exercice fiscal 1894, indiquant le nombre et le genre des bâtiments édifiés ou complétés durant l'année, ou actuellement en cours d'exécution; les réparations extraordinaires, etc.; le nombre des malades présents au début de l'exercice, les admis, les congédiés, guéris, améliorés et stationnaires, les morts, le nombre total des malades traités et la population journalière moyenne pendant l'année.

2. Indiquer séparément le but et le chiffre des allocations spéciales accordées à l'hôpital par la législature de 1894, et leur somme totale, ainsi que les dépenses déjà faites.

3. Crédits demandés pour l'exercice 1895, avec la justification de chacun d'eux.

4. Donner le coût *per capita*, par année et par semaine, pour les soins, le traitement médical, l'entretien et le transfert des fous indigents aux hôpitaux d'Etat, les honoraires des médecins, les salaires des employés, les réparations ordinaires et accidentelles, etc.

5. Donner la proportion des guérisons relativement au nombre des admissions, à la population journalière moyenne, au nombre total des malades traités et au nombre des congédiés pendant l'année fiscale.

6. Donner la proportion des décès relativement aux mêmes conditions.

7. Indiquer le nombre total des alcooliques, morphinomanes, etc., congédiés durant l'année, et dire s'ils sont *guéris* ou *non aliénés* dans votre rapport annuel.

8. Parmi les renvoyés comme guéris pendant l'année précédente, indiquer combien ont été réadmis jusqu'au 30 septembre 1894.

9. Comment se comporte le conseil d'administration relativement aux visites et à l'inspection de l'hôpital ? Donner le nombre des visites faites par chaque administrateur pendant l'année fiscale.

10. Indiquer sur quelles bases se règlent le choix et les appointements des médecins, ainsi que les promotions dans le service médical.

11. Indiquer le nombre des médecins par rapport au nombre des malades, aussi bien exclusivement qu'inclusivement des médecins en chef et des internes.

12. Le nombre des médecins est-il suffisant, selon vous, pour assurer à tous les cas curables le degré de traitement spécialisé qu'exigent ces cas et, sinon, dans quelle mesure faudrait-il l'augmenter ?

13. Indiquer les appointements et les bonifications des différentes classes des fonctionnaires résidents.

14. Les appointements et suppléments des médecins suffisent-

ils, selon vous, pour recruter et maintenir dans le service des médecins compétents et autorisés ?

15. Les employés de l'hôpital sont-ils mécontents de l'inégalité de leurs traitements comparativement à ceux des employés de même grade dans les autres hôpitaux de l'Etat ? Ne devrait-on pas, à votre avis, établir l'uniformisation des soldes ?

16. Dans quelle proportion le médecin en chef (directeur toujours), consacre-t-il réellement son temps aux soins médicaux des malades et combien de temps donne-t-il approximativement à la partie administrative de ses fonctions ?

17. Serait-si possible ou à propos, selon vous, de séparer la partie strictement médicale de la partie administrative et quelles seraient les objections, si vous en voyez, à une semblable division ?

18. Combien, parmi les médecins de l'hôpital, ont des grades universitaires (*college graduates*) ?

19. Quelle est la proportion des médecins de l'hôpital ayant suivi avant de se spécialiser, les cliniques d'un hôpital général ?

20. Les internes reçoivent-ils une instruction spéciale en médecine et pathologie mentales, neuro-anatomie et dans l'usage des instruments de précision, surtout le microscope, l'ophtalmoscope, etc.; si oui, qui leur donne cet enseignement et à quel degré ?

21. Donner la liste des instruments de précision, des instruments de chirurgie et appareils médicaux possédés par l'hôpital ?

22. Indiquer la nature et l'importance des appareils hydrothérapiques de l'hôpital et la mesure de leur utilisation pour le traitement des malades.

23. Fait-on à l'hôpital des leçons cliniques sur les maladies mentales à des étudiants en médecine et autres ; si oui, qui les fait et dans quelle mesure ? Avez-vous, parmi vos médecins, des professeurs attachés à des écoles médicales ?

24. Dire la nature et l'importance des bibliothèques médicale et générale de l'hôpital. Donner la liste des ouvrages de médecine acquis pendant l'année fiscale et des abonnements aux publications médicales et générales.

25. S'il y a un ou plusieurs médecins de l'hôpital qui aient fait quelques publications médicales ou psychologiques, en donner l'indication.

26. Dans quelle mesure, des médecins du dehors, spécialistes ou autres, ont-ils été demandés pour des consultations à l'hôpital ? Serait-il à propos, selon vous, d'avoir un corps de médecins consultants ?

27. Décrire la marche suivie habituellement à l'admission d'un malade, en ce qui concerne les examens pour déterminer l'état mental et physique du sujet, l'enregistrement des entrées, les dispositions pour l'observation spéciale, etc.

28. Fait-on régulièrement des autopsies à l'hôpital ? Si oui, qui les fait et dans quelle mesure ?

29. A quel degré se font les examens ophtalmoscopiques sur les sujets entrant à l'hôpital ?

30. Fait-on (et dans quelle mesure) les examens du sang et de l'urine ? Dire aussi comment on procède pour les examens utérins.

31. Apprend-on aux infirmiers et infirmières de l'hôpital à faire l'hydrothérapie, le massage, etc. Si oui, qui leur donne cette instruction et dans quelle mesure ?

32. Y a-t-il un dentiste attaché à l'établissement ?

33. Donner le détail des facilités spéciales, structurales et autres (s'il y en a), ainsi que les méthodes usitées pour le traitement spécial des cas curables.

34. De même, pour les moyens de distraction et d'amusement offerts aux malades, dire la nature et la fréquence de ces distractions.

35. Indiquer les facilités pour les occupations à l'intérieur, spécialement en ce qui concerne les arts et les industries mécaniques, ainsi que pour les occupations au dehors, jardinage, culture, etc.

36. Indiquer les divers genres d'occupations et le nombre moyen des malades qui prennent part à chacun d'eux, durant l'année.

37. Se sert-on de moyens mécaniques pour se rendre maîtres des malades ? Si oui, quels sont ces moyens, y compris les *draps de protection* et dans quelles circonstances y recourt-on ?

38. Exposer vos idées sur la convenance et la valeur de la contrainte mécanique dans le traitement de la folie.

39. Emploie-t-on comme substituts de ces moyens de contrainte les médicaments dits dépressifs de la motricité ou d'autres. Si oui, dans quelles circonstances ?

40. Recourt-on à l'hôpital au « système des portes ouvertes » ; si oui, dans quelle mesure ?

41. Exposer vos idées basées sur l'expérience et l'observation personnelles ou autrement, sur la valeur du « système des portes ouvertes ».

42. Dire si l'on a renoncé (et dans quelle mesure) à l'usage des garde-fenêtres. Serait-il désirable, ou même serait-il possible, selon vous, d'en abandonner généralement l'emploi ?

43. Dans quelle mesure utilise-t-on les promenoirs à air libre ou la cour d'exercice enclos de murs, s'il y en a à l'hôpital ? Dire ce que vous pensez de leur nécessité et de leur utilité ?

44. Indiquer la proportion, relativement au nombre des malades des infirmiers et infirmières, à l'exclusion des surveillants généraux ; et séparément, la même proportion des gardiens et gardiennes de jour et de nuit.

45. Emploie-t-on des infirmières dans les salles d'hommes; si oui, dans quelle proportion ?

46. Y aurait-il avantage, selon vous, à substituer des infirmières aux infirmiers pour les salles d'hommes et jusqu'à quel point pourrait-on faire cette substitution ?

47. Indiquer séparément le minimum et le maximum des salaires de ces employés et d'après quelle règle on les augmente; indiquer aussi tous les suppléments et faveurs qui leur sont accordés, y compris le vêtement, les heures de service, les congés et si, dans votre opinion, ces avantages sont suffisants pour assurer un bon et durable service ?

48. Indiquer la différence proportionnelle (tant p. 100) des salaires payés aux infirmiers et aux infirmières.

49. Donner le nombre total de ces employés des deux sexes au 30 septembre 1894 et le chiffre des démissions et des renvois pendant l'année; les causes principales de ces renvois et démissions, avec votre avis sur les moyens qui permettraient de les réduire au minimum.

50. Ces employés ont-ils des logements en dehors des salles; si oui, dans quelle mesure ?

51. Les chambres à part seraient-elles un moyen d'assurer un meilleur service, si on les procurait à toute cette catégorie d'employés ?

52. L'hôpital a-t-il organisé un enseignement pour les infirmiers; si oui, depuis quand, par qui est-il dirigé, son but, les sujets enseignés et le temps d'étude exigé; y admet-on les deux sexes ?

53. Les rations alimentaires actuelles sont-elles, à votre avis, suffisantes en quantité, qualité et variété, pour satisfaire pleinement aux besoins des pensionnaires; les facilités pour la préparation et le service des repas sont-elles suffisantes pour assurer les meilleurs résultats, au double point de vue du bien-être des malades et de l'économie ?

54. Serait-ce, selon vous, un moyen de favoriser la guérison des malades, comme d'assurer une plus grande économie que d'engager des cuisiniers d'ordre supérieur à ceux qu'on emploie actuellement ou conseilleriez-vous un chef qui surveillerait et dirigerait la préparation et la cuisson des aliments pour les malades, avec assez de subordonnés sous ses ordres pour assurer un bon service de cuisine ?

55. Y a-t-il à l'hôpital des réfectoires communs; si oui, dans quelle mesure et quels sont, à votre avis, les avantages de ces réfectoires comparés à ceux des salles ?

56. Faites-vous parfois manger les deux sexes dans un réfectoire commun et considérez-vous cette communauté comme désirable ?

57. Avez-vous des dortoirs communs à l'hôpital; si oui, dans

quelle mesure et pour quelle catégorie de malades? Favorisez-vous cette disposition et dans ce cas, pour quelles raisons? Quel sont, à votre avis, le maximum et le minimum de malades que l'on peut réunir dans un dortoir avec sécurité et convenablement.

58. Utilisez-vous les bains pulvérisés (spray) ou en pluie? Si oui, dans quelle mesure et quels sont, selon vous, les avantages de ce système comparativement à celui des baignoires?

59. Exposer les règles suivant lesquelles on donne des bains aux malades, en ce qui concerne la fréquence, le renouvellement et la température de l'eau, la fourniture des serviettes, etc.; y a-t-il un médecin chargé de la surveillance des bains et dans quelle mesure exerce-t-il cette surveillance?

60. Combien l'hôpital fournit-il de serviettes à rouleau proportionnellement au nombre des malades? Donne-t-il aussi des essuie-mains individuels et dans quelle mesure? Jusqu'à quel point serait-il possible, selon vous, de substituer ces derniers aux serviettes à rouleau? N'y a-t-il pas des raisons sanitaires en faveur de cette substitution?

Voilà donc une série de 60 questions auxquelles doit répondre chacun des neuf médecins-directeurs (*superintendants*). Mais par une disposition curieuse et qui facilite les comparaisons, les neuf rapports, au lieu de présenter un ensemble continu, se trouvent fragmentés en 60 parties, chacun répondant tour à tour aux 60 questions précédentes.

Nous laisserons de côté les trois premières qui n'offrent pas d'intérêt pour nous.

4. Le prix de revient de chaque malade est très variable suivant les hôpitaux. Le plus bas est de 695 francs par an et le plus élevé de 1,174 francs. La moyenne pour les neuf hôpitaux est de 920 francs, soit 2 fr. 52 par jour.

5. *Proportion des guérisons :*

	SUR LE NOMBRE des malades admis.	SUR LA POPULATION journalière moyenne.	SUR LE NOMBRE total des malades traités.	SUR LE NOMBRE des congédiés.
Utique. . . .	19,60	7,06	5,20	21,40
Villard. . . .	10,25	3,2	2,45	10,14
Hudson River	?	6,25	0,04[1]	13
Middletown .	29,19	7,84	6,39	39,02
Buffalo . . .	20	15,1	8,9	24,2
Binghamton.	14	2,17	1,84	11
S. Lawrence.	10,5	8	4,5	45
Rochester. .	25,7	10,7	7,9	31,08
Matteawan (criminels).	29,09	7,42	6,14	47,06

[1] Ce chiffre infime tient à ce que 60 p. 100 des admissions étaient des transferts de chroniques provenant d'asiles supprimés.

6. *Proportion des décès :*

	SUR LE NOMBRE des malades admis.	SUR LA POPULATION journalière moyenne.	SUR LE NOMBRE total des malades traités.	SUR LE NOMBRE des congédiés.
Utique. . . .	25,63	9,30	6,86	27,82
Villard . . .	32,6	10,1	7,76	31,74
Hudson River	19,5	14	9,75	0,03 (?)
Middletown .	26,64	7,15	5,83	35,61
Buffalo . . .	20	15,2	9	24,4
Binghamton.	43,7	6,75	5,74	34,4
S. Lawrence.	14	10	7	38
Rochester. .	19,5	8,16	6	23,6
Matteawan (criminels).	20	5,10	4,20	32,35

7. Très peu d'alcooliques; 1 ou 2, quelquefois point; dans un seul hôpital 16; on ne les classe généralement pas comme fous.

8. Dans les neuf hôpitaux d'Etat, il y a eu parmi les fous renvoyés comme guéris en 1893, 81 réadmissions l'année suivante.

9. Il y a pour chaque hôpital, un conseil d'administration, qui se réunit régulièrement plus ou moins souvent et fait chaque fois une inspection complète, dont le résultat est consigné sur un registre spécial. En outre, chaque administrateur fait des visites de jour et de nuit; les rapports indiquent les noms des administrateurs qui font ces visites, dont le total dépasse généralement 100 dans le cours de l'année.

10. *Nomination des médecins.* — Une commission des services civils fait subir un concours et présente les noms des trois premiers nommés, parmi lesquels le bureau de l'hôpital fait son choix. Les promotions se basent ensuite sur le mérite, les aptitudes et le temps de service.

11. Le nombre des médecins varie, depuis 1 pour 95 malades jusqu'à 1 pour 197 en y comprenant le médecin-directeur et les internes; et si l'on exclut ceux-ci, la proportion va de 1 pour 140 à 1 pour 270.

12. Un seul rapport trouve le nombre des médecins insuffisant.

13. Les médecins sont défrayés de tout, eux et leurs familles et ils touchent :

Le médecin directeur de. . .	20,000 à 25,000 fr.
Le 1er médecin-adjoint . . .	7,500 à 15,000 fr.
Le 2e » . . .	6,500 à 10,000 fr.
Le 3e » . . .	6,000 à 7,500 fr.
Le 4e » . . .	5,000 à 6,000 fr.
Une femme médecin généralement.	6,000 fr.

14. La *plupart* des rapports trouvent ces appointements (avec les avantages accessoires) suffisants.

15. On ne se plaint guère de la différence des traitements selon les hôpitaux ; cependant la *majorité* des directeurs pensent qu'il vaudrait mieux les uniformiser.

16 et 17. Le médecin en chef est toujours médecin-directeur. La moitié de son temps au moins est prise pour les soins administratifs. En général, on répond qu'il ne serait pas possible de séparer les deux fonctions.

18. *Instruction universitaire.* — Sur plus de 50 médecins, 19 seulement ont fait des études classiques. Un seul est désigné comme bachelier ès arts (A. B.). (Faut-il en conclure que les autres n'ont pas de titres analogues ?)

19. La plupart ont été dans des hôpitaux généraux avant de se spécialiser.

20. Généralement le médecin en chef et ses adjoints instruisent les jeunes médecins en faisant leurs visites. Ces derniers ont pour la plupart, suivi les cours spéciaux des professeurs de pathologie mentale. Ils savent se servir plus ou moins du microscope et de l'ophtalmoscope ; mais, en général, pas de cours méthodiques à l'hôpital.

21 et 24. Les listes d'instruments et les bibliothèques ne sont pas très considérables.

22. On utilise fréquemment les douches et les bains, dont l'installation n'est pas parfaite partout.

23. Sur les 9 médecins en chef, 4 sont professeurs dans des collèges médicaux de villes voisines (Albany, Syracuse, etc.). Quelquefois, d'autres professeurs viennent faire des leçons cliniques à l'hôpital.

25. Quelques médecins ont publié des articles et des observations dans les journaux de médecine mentale et deux ou trois dirigent même ces journaux.

26. On appelle quelquefois des médecins du dehors en consultation ; les familles des malades ont d'ailleurs toute liberté à cet égard. Il y a divergence d'opinion sur l'utilité d'un corps de médecins consultants.

27. *Examen à l'admission.* — Les formules à remplir sont généralement semblables aux nôtres. Mais en voici une autre bien plus complète que donne l'un des rapports pour les cas spéciaux :

Nom	Age . . . .
Etat civil	Profession. . . . .
Combien de frères et de sœurs ?	Est-il le plus jeune ou l'aîné ? .
Commémoratifs	

Historique de la famille.

Y a-t-il ou a-t-il jamais existé quelque membre de la famille atteint de telle ou telle forme de maladie nerveuse ou de folie...

affection cérébrale ou spinale, hystérie, épilepsie, hypocondrie, chorée, migraine ou neurasthénie ?

Si oui, à quel âge et à la suite de quelles circonstances ?

Le malade a-t-il quelque parent qui ait commis des actes de suicide, d'immoralité ou d'excentricité ou un délit quelconque...

En avait-il d'adonnés à l'ivrognerie ou à des habitudes analogues ?

En avait-il d'atteints d'idiotie, d'imbécillité, de crétinisme, de surdi-mutité, ou morts subitement d'apoplexie ou de convulsions, ou présentant des anomalies ou des irrégularités physiques ?

Les parents ou grands-parents étaient-ils consanguins, à quel degré ?

L'un était-il beaucoup plus âgé que l'autre ? Leurs âges au moment du mariage ?

Avaient-ils ou venaient-ils d'avoir quelque maladie sérieuse à l'époque de la conception ?

Ont-ils jamais eu la syphilis ?

Auquel de ses parents ressemble le malade, physiquement et mentalement ?

Conditions de la propre famille du malade...

Historique du malade. — Enfance.

Etat de la mère pendant la grossesse, en ce qui concerne : maladies, lésions, chagrins, surmenage, etc...

La délivrance s'est-elle effectuée normalement et au temps voulu ?

L'enfant a-t-il été blessé pendant l'accouchement ?

A-t-il eu des convulsions ? Si oui, quelles en ont été les conséquences ?

A-t-il eu des terreurs nocturnes ? De la faiblesse des sphincters ?

Autres anomalies...

A quel âge a-t-il percé des dents ? commencé à marcher ? à parler ?

Quelles maladies de l'enfance a-t-il eues ?

Comment progressait-il dans l'instruction ? Quelles branches offraient-elles une difficulté spéciale ?

A quel âge les signes de la puberté devinrent-ils manifestes ?

Quel était, auparavant, l'état mental et physique ? Quels changements sont-ils survenus pendant et après cette période ?

Les manifestations de l'instinct sexuel ont-elles été précoces ? Préciser l'âge...

Y a-t-il eu des perversions dans ces manifestations ?

Cet instinct a-t-il été satisfait ? Si oui, de quelle façon ? Masturbation ? Depuis quand ? De quelle manière ?

Comment cette période a-t-elle été franchie par d'autres membres de la famille ?

A-t-il jamais montré de la haine pour le sexe opposé ?

Age adulte.

Etat de la constitution ?

Le malade a-t-il été atteint : de fièvre typhoïde ou intermittente, de méningite, lésions de la tête, coup de soleil, chlorose ou anémie, rhumatisme, rachitisme, chorée, fièvres éruptives, désordres chroniques de l'appareil digestif, syphilis, scrofule, tuberculose, saturnisme ?

S'il a eu quelques-unes de ces affections, quelles en furent les particularités ? Les conséquences ?

Le malade a-t-il jamais de grands troubles vaso-moteurs (rougeur de la face, pâleur, palpitations, oppression précordiale, angine de poitrine ?

A-t-on observé chez lui des anomalies de la vision ou de l'ouïe ?

A-t-il éprouvé de l'intolérance pour les liqueurs alcooliques, les drogues, la haute température ou le tabac ?

A-t-il été sujet aux céphalalgies ? Leur siège et leur genre ?

A-t-il été sujet aux névralgies ? aux trémulations musculaires ? Tremblements ?

Etait-il très excitable, dépressible ou irritable en état de santé, et ces conditions duraient-elles quelque temps ?

Le naturel du malade était-il variable parfois ou périodiquement ? avec ou sans raison ? à quelles occasions ?

Son caractère était-il ferme ou non ? Etait-il sociable, égoïste, insouciant, religieux, blasphémateur, avare, extatique ?

Etait-il retenu dans son langage ? Modeste ? De tenue soignée ?

Etait-il envieux, vindicatif, haineux, phlegmatique ?

Y a-t-il quelque chose de continuellement pénible dans son état social, au sujet de la profession, du ménage, de la parenté ?

Le malade s'est-il surmené de quelque façon ?

Impuissance... Pollutions...

Femmes.

Etat de la menstruation, relativement à l'époque, à la durée, à la quantité et aux symptômes ?

Grossesses, nombre, date de la première, fréquence, avortement ?

Ont-elles présenté des anomalies pendant, à la délivrance ou après ?

La malade se portait-elle mieux qu'à l'ordinaire pendant ses grossesses, ou était-elle pire ?

Hémorragies ? Leur fréquence, leur abondance et leurs causes ?

Leurs résultats ? Lésions des organes génitaux ? Maladies des organes génitaux ?

Historique du désordre mental.

Les causes supposées : *a*) d'après le malade ; *b*) d'après ses proches ?

Durée des causes ?

Le trouble actuel est-il la première attaque ou d'autres ont-elles précédé ?

Décrire les crises précédentes ?

Le développement a-t-il été brusque ou graduel ?

A-t-on observé quelques perversions des facultés mentales ? Fatigue intellectuelle ? Changement dans les sentiments ou les affections ? Dans le caractère ? Agitation ? Irritabilité ?

Existait-il une disposition douloureuse ? Une douceur insolite ? Tristesse prolongée ? Crainte de devenir fou ? Dégoût de l'existence ?

Grandeur anormale ou exagération des choses ?

Forte application au travail ou aux affaires ?

Désir de voyager ? Désir de disparaître ?

Tendances hostiles, abus de confiance ?

A-t-il manifesté de la déloyauté ? Est-il devenu menteur ?

A-t-il manifesté une grande jalousie ? Des sentiments d'insécurité ?

Crainte de dangers ? Désintéressement ? Importunité ?

Etat du sommeil juste avant l'apparition du désordre mental ?

A-t-on observé quelque anomalie au réveil ?

Quelles étaient les conditions de la nutrition ? Evacuations ? Menstruation ?

Y a-t-il eu de la céphalalgie ? Du vertige ? De l'aura ? Des sensations précordiales ? De la dysesthésie ?

Trouble de la parole ? Pouvoir de l'attention ? Mémoire ?

Le malade se rappelait-il mieux les événements passés que les récents ?

A-t-il eu des appétits impérieux ou des désirs spéciaux ?

A-t-on observé des signes d'apoplexie ? Des attaques épileptiques ?

Les prodromes sont-ils apparus continus ou intermittents ?

Se sont-ils montrés successivement ?

Le malade a-t-il menacé ou commis quelque violence sur lui-même ou sur d'autres ?

Qu'est-ce qui paraît affecter de quelque manière son état actuel ?

Examen physique.

Taille... Poids... Etat de la nutrition... De la circulation...

Correspondance du développement physique avec l'âge...

Signes de sénilité prématurée...

Forme du crâne...

Mensurations :

Circonférence...

Protubérance occipitale, racine du nez...

Oreille, menton, oreille...

Oreille, front, oreille...

Oreille, oreille...
Oreille, point le plus saillant de la tête, oreille...

Diamètres :

Protubérance occipitale, racine du nez...
Protubérance occipitale, menton...
Oreille, oreille...
Ecartement maximum des os malaires...
Ecartement des angles de la mâchoire inférieure...

Signes de dégénérescence :

Crâne... Yeux... Nez... Oreilles... Bouche... Face... Squelette et extrémités... Organes génitaux... Cheveux...

Divers :

Pouls, température, respiration, langue...

Essais de :

La vue, l'ouïe, du goût, de l'odorat, de la sensibilité, des réflexes, des fonctions motrices, des fonctions sécrétoires, salivation, sueur, du système gastro-intestinal.

Urine :

Couleur, consistance, odeur, réaction, densité.

Urine anormale : urée, phosphates, chlorures, oxalates, albumines, moules, sucre, etc.

Condition trophique de la peau.

Examen des organes thoraciques... Cœur... Poumons. .

Examen des organes abdominaux (y compris le bassin chez la femme)...

Etat de la coordination... attitude... expression...

Manières d'être... Seul... En compagnie.

Sommeil.

Examen psychique.

Caractère et ses modifications... Conditions qui l'affectent ?
Tendances... Impulsions... Idéation... Idées fixes...
Sensibilité psychique... Compréhension... Raison... Logique...
Pouvoir d'attention... Sentiments moraux... esthétiques...
Empire sur soi-même... Endurance psychique...
Jugement... Mémoire... Désirs... Affections... Illusions...
Hallucinations... Erreurs...

(Voilà un cadre bien riche et qui peut servir à stimuler le zèle de nos élèves.)

28. Les autopsies se font presque partout, avec l'autorisation des familles, sous la direction des médecins du service. Le chiffre en est très variable : sur 10 p. 100 des décès dans tel hôpital jusqu'à 65 p. 100 dans tel autre. On examine généralement les organes des trois grandes cavités; rarement on ouvre le canal spinal.

29. Partout, on ne fait l'examen ophtalmoscopique à l'entrée, qu'en cas d'indications spéciales.

30. L'examen de l'urine, à l'admission, est à peu près général. Celui du sang est rare. (Dans un rapport, on lit : « Nous ne sommes pas encore parvenus à déterminer la proportion exacte des hématies relativement aux corpuscules blancs. ») L'examen utérin, quand il est indiqué, est confié à la femme médecin.

31. Les médecins font partout un cours aux infirmiers, dans lequel on enseigne le massage, l'hydrothérapie, etc. Nous n'avons pas de masseur, dit l'un des rapports.

32. Il n'y a pas de dentistes attachés aux hôpitaux. C'est une lacune qu'il faudrait combler, disent les rapports. Ce sont les familles qui en font venir en cas de besoin.

33. Les facilités spéciales, structurales ou autres, pour le traitement des cas aigus, paraissent généralement assez médiocres. Les infirmeries sont insuffisantes. On demande même des chambres individuelles pour les cas très aigus. Les médecins font tout ce qu'ils peuvent pour suppléer aux défectuosités des hôpitaux, sous ce rapport.

34. Les moyens de distraction sont nombreux : danses une fois par semaine, concerts, représentations théâtrales, bateaux de plaisance à vapeur, jeux variés, courses en traîneau l'hiver, pianos, billards, etc., etc. Il y a aussi des écoles pour les malades, ce qui les occupe, etc.

35. On emploie les malades aux différents travaux de menuiserie, boulangerie, buanderie, cordonnerie, couture, etc. Les jardins et les champs en occupent aussi un bon nombre. L'étendue du domaine varie de 40 à 400 hectares.

36. Environ 50 p. 100 de nos malades (dit un rapport) subissent un genre de traitement spécial à cet hôpital, ce que nous appelons le *traitement du repos*. 25 p. 100 se composent de vieillards, d'infirmes et de pensionnaires payants. Le reste travaille volontairement (126 hommes et 131 femmes sur un millier de malades). Dans les autres hôpitaux, on compte plus de 60 p. 100 de malades travailleurs.

37. Parmi les moyens de contrainte, on n'a guère conservé que les *draps de protection* (système formulé par Miss Crane sur les conseils du Médecin-Directeur de Middletown State Hospital) et, encore deux hôpitaux y ont-ils renoncé, comme à la camisole de force, etc.

38. On est généralement partisan du *non-restraint;* cependant on admet que, dans certains cas, les moyens de protection mécaniques sont indispensables ; leur prohibition absolue serait aussi absurde que celle de l'alimentation forcée.

39. Les médicaments sédatifs ne sont jamais employés pour remplacer les moyens mécaniques de contrainte. On s'en sert (l'hyosciamine par exemple) pour calmer l'excitation psychique avec impulsion motrice considérable, c'est-à-dire en raison de leurs effets thérapeutiques.

40. Le système des *portes ouvertes* n'est absolu dans aucun hôpital ; on l'applique seulement à certaines salles, soit pour environ le cinquième des malades.

41. Tous les rapports sont favorables à ce système, à la condition d'avoir assez de gardiens : « maximum de liberté et minimum de contrainte. »

42. On n'est pas, en général, partisan de la suppression totale des barreaux ou grillages aux fenêtres. Quelques hôpitaux y ont cependant renoncé pour certaines salles ou les ont remplacés par des treillages métalliques peu visibles.

43. Il n'y a guère que dans l'hôpital destiné à recevoir les criminels fous qu'il existe des cours entourées de murs pour faire prendre l'air à ces malades. Partout ailleurs, on préfère de longues promenades avec un nombre suffisant de gardiens. De petits espaces clos sont très nuisibles, parce qu'ils agissent comme cause d'excitation pour les malades troublés et disposent les gardiens à se relâcher dans leur surveillance.

44. On compte, en général, 1 gardien pour 7 à 10 malades. La nuit, il y a un surveillant pour 40 à 80 hommes et une surveillante pour environ le même nombre de femmes. La proportion varie donc du simple au double suivant les hôpitaux.

45. Dans six des neuf hôpitaux, on a essayé l'emploi des femmes pour les réfectoires, les salles de convalescence, etc., et l'on est généralement satisfait de leurs services.

46. La plupart des rapports sont favorables à l'emploi des femmes dans les quartiers d'hommes, sauf pour les agités et pour les travaux trop pénibles ; c'est-à-dire qu'elles pourraient représenter presque les trois quarts du personnel masculin.

47. Le détail de ces salaires ne nous paraît pas bien intéressant ; la moyenne générale suffit.

Les hommes touchent de 100 à 180 francs par mois.

Les femmes touchent de 70 à 120 francs par mois.

L'augmentation étant rapide et progressive, suivant leur instruction, etc.

Ils paient leur uniforme. Les heures de loisir et les congés sont assez larges.

48. Les salaires des hommes et des femmes n'étant pas uniformes, le rapport ne l'est pas davantage. Cependant, en général, les femmes touchent environ 70 p. 100 du salaire des hommes.

49. Les démissions sont assez fréquentes, par insuffisance de la solde, disent les rapports. Les renvois ne sont pas très nombreux, ils sont plutôt motivés par l'insubordination et l'ivrognerie que par les mauvais traitements envers les malades.

50 et 51. Une partie des employés ont des chambres indépendantes des salles, et quelquefois dans des bâtiments à part (un pour les hommes, un pour les femmes).

Suivant les rapports, ce serait une bonne mesure de généraliser cette indépendance. Un roulement assurerait les services de nuit, etc., etc.

52. Tous les hôpitaux ont organisé un cours pour l'instruction des infirmiers et infirmières. Ce sont les médecins qui en sont chargés à tour de rôle. Le cours dure généralement deux ans et il a lieu une fois par semaine pendant les six mois d'hiver et de printemps. On y enseigne les éléments de l'anatomie, physiologie, hygiène, bandages et pansements, l'hydrothérapie, le massage, etc. A l'expiration du cours, on délivre un certificat d'aptitude à ceux qui passent de bons examens.

53. Le régime alimentaire, établi d'après M. Flint, paraît très suffisant en quantité, qualité et variété. Les malades (presque sans exception) augmentent rapidement et largement de poids peu après leur admission. — On pourrait donner plus de latitude aux médecins pour modifier le régime extra des malades.

54. Réponses affirmatives et générales à cette question. En payant plus cher les cuisiniers chefs, on en aurait de meilleurs et l'on réaliserait des avantages économiques et autres.

55. Presque partout, il y a des réfectoires communs. Il y aurait intérêt à généraliser cette mesure (avec les restrictions nécessaires): 1° Leur proximité des cuisines permet de servir les plats plus chauds ; 2° la surveillance et la discipline sont simplifiées ; 3° Il y a économie d'aliments, de service et enfin diversion pour les malades.

56. Réfectoires séparés pour les hommes et les femmes, en général. Quelquefois les repas ont lieu en commun pour les deux sexes ; par exemple : ceux qui sont à l'infirmerie, ou ceux qui ont des emplois dans l'hôpital. La plupart des rapports ne voient pas d'avantages à étendre cette mesure.

57. Presque partout, il y a des dortoirs plus ou moins spacieux pour les malades calmes et les déments ; de plus petits pour ceux qui réclament plus de surveillance. Un des rapports demande des chambres spéciales pour les cas curables. En général, on trouve qu'il ne faut pas associer plus de 75 lits ni moins de 3.

58. Les bains pulvérisés ou en pluie sont installés presque partout, sans être parfaits. On les préfère généralement aux bains ordinaires, sauf pour les femmes dont la modestie s'en effarouche. — Ils sont plus économiques, plus commodes, plus propres, la même eau ne pouvant servir deux fois.

59. Les malades sont baignés au moins une fois par semaine et chaque fois qu'il est nécessaire pour les malpropres. Les gâteux ont régulièrement deux bains à l'éponge par semaine. Les bains ordinaires sont à 36° C. Le spray est plus chaud, mais l'eau se refroidit par la pulvérisation et frappe le corps du sujet à une température très agréable, c'est-à-dire à environ celle du sang.

Pour les baignoires l'eau est toujours renouvelée. Chaque malade a sa serviette personnelle pour chaque bain. Les médecins ne président pas toujours à l'administration des bains ; mais il y a des chefs compétents (hommes et femmes).

60. Presque partout il y a des serviettes à rouleau, une pour 4 à 10 malades, que l'on change trois à quatre fois par jour. Mais on préfère les serviettes individuelles, qui sont partout en usage pour les bains et on voudrait les généraliser pour des raisons sanitaires.

Nous aurions bien des remarques à faire sur différents points de cette première partie de l'analyse si intéressante de M. le Dr Darin. Nous nous bornerons à quelques-unes. Relevons en premier lieu le passage (p. 274) relatif à la tendance manifestée par la Commission des aliénés de l'Etat de New-York, à considérer les *aliénés* dits *criminels* comme des *malades ordinaires* et partant à douter de l'utilité de l'asile d'aliénés criminels, ce qui fournit un argument de fait contre la création, chez nous, d'un asile pour les aliénés dits criminels. Pour cette catégorie de malades les quartiers de cellules, bien ogranisés, bien surveillés — et il en existe, par exemple à Saint-Robert (Isère)— nous ont toujours paru suffisants. La *Sûreté* de Bicêtre, véritable prison, qui est bien suffisante pour les aliénés criminels de la Seine — deux mots qui jurent d'être accolés — n'empêche pas les évasions. Cette Sûreté, qui plaît peut-être à certains, nous paraît une abomination et nous n'avons jamais cessé depuis vingt ans d'en demander la démolition, sans succès d'ailleurs. — En second lieu, nous devons signaler dans le questionnaire (p. 282) tout ce qui a trait à l'examen des organes génitaux, du développement de la puberté, etc. Les conseillers municipaux de Paris qui, en mars 1895, ont cherché, dans un but politique, à présenter comme inutiles, indignes et même obscènes nos procédés d'examen, conformes à l'enseignement clinique qui se fait partout, ont fait preuve, non seulement de mauvaise foi, mais d'ignorance. S'ils daignent jeter un coup d'œil sur le document qui précède, peut-être seront-ils plus réservés dans l'avenir.

B.

(A suivre.)

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XXVI. SUR LES AFFECTIONS DE LA QUEUE DE CHEVAL A PROPOS DE DEUX CAS DE CES AFFECTIONS; par M. RAYMOND, professeur de clinique des maladies du système nerveux. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1895 nº 2.)

Ces leçons recueillies par M. Lévi, interne du service, constituent une véritable monographie des affections de la queue de cheval. — Il est indispensable, pour l'intelligence de la description de ces affections, d'avoir présentes à l'esprit des dispositions anatomiques de la partie inférieure de la moelle dans le canal rachidien, aussi M. Raymond débute-t-il par un exposé d'anatomie. Il rappelle les lieux d'émergence du renflement lombaire des racines nerveuses destinées à former la queue de cheval, le trajet de ces racines dans le canal, leurs rapports, etc. Il énumère les muscles innervés par les diverses branches des plexus lombaire et sacré, etc. Ce qu'il y a d'essentiel dans toute cette anatomie, au point de vue actuel, peut se résumer ainsi : les muscles adducteurs de la cuisse, ceux de ses faces antérieure, externe et interne, sont innervés par les nerfs crural et obturateur émanés tous deux du plexus lombaire ; les mnscles fessiers, ceux de la région postérieure de la cuisse, ceux de la jambe et du pied, ainsi que le sphincter anal, le releveur de l'anus et la vessie, sont innervés par des branches venues du plexus sacré.

Deux cas peuvent se présenter : ou l'affection, quelle que soit sa nature, retentit à la fois sur les nerfs qui forment la queue de cheval et sur le cône terminial, ou ben elle intéresse exclusivement le cône terminal. Dans le premier cas, les symptômes provoqués sont : une paralysie douloureuse ordinairement très incomplète et limitée à certaines régions musculaires, une anesthésie cutanée assez nettement circonscrite, des troubles de la miction et de la défécation. A ces symptômes primordiaux s'en ajoutent d'autres secondaires et inconstants : troubles trophiques, certains troubles génitaux, certaines modifications des réflexes tendineux et des réactions électriques. Quelques mots sur les principaux caractères de ces symptômes :

1º *Troubles de la sensibilité.* — La douleur, ordinairement localisée à la région sacrée, s'irradie plus ou moins aux membres infé-

rieurs. Elle est irrégulièrement intermittente, parfois continue, mais dans tous les cas elle présente des exacerbations, elle n'a pour ainsi dire jamais le caractère fulgurant. — L'anesthésie est constante, toujours circonscrite, assez souvent symétrique. Il est de règle qu'elle occupe la muqueuse vésicale et rectale, le scrotum, la verge ou la vulve, le pourtour de l'anus et la région fessière inférieure. Elle peut être limitée à ces seules régions, mais habituellement elle gagne le membre inférieur et souvent alors elle se limite à la face postérieure de la cuisse et de la jambe, régions innervées par le nerf petit sciatique émané du plexus sacré. On saisit bien ici l'utilité des considérations anatomiques exposées tout d'abord; par les régions, par les muscles intéressés, on reconnait le point de la moelle atteint par la lésion. On observe ordinairement encore divers troubles paresthésiques, engourdissements, fourmillements, sensation d'un corps étranger dans le rectum, etc.

2° *Troubles de la motilité.* — Ils se résument en la paralysie de certains groupes de muscles des membres inférieurs. La paralysie se borne presque toujours aux muscles postérieurs de la cuisse et de la jambe, tous muscles innervés par des branches du plexus sacré. Par suite, la démarche est plus ou moins pénible et difficile, mais elle n'a rien de caractéristique. Certains malades doivent s'appuyer sur un aide, d'autres *stcppent* simplement. Jamais on n'observe d'incoordination dans la marche, c'est à peine si parfois l'on rencontre, et à un faible degré, le signe de Romberg. Enfin il peut arriver que des muscles paralysés s'atrophient.

3° *Troubles génito-urinaires.* — Les troubles génito-urinaires et du rectum ne manquent jamais. Les troubles urinaires sont caractérisés par de l'ischémie paradoxale : rétention, par suite de paralysie et d'anesthésie de la vessie, et incontinence, par suite de paralysie du sphincter, la vessie pleine. Les troubles génitaux sont variables : impuissance, absence du spasme, de l'éjaculation, etc.

Tels sont les principaux symptômes observés quand la lésion retentit à la fois sur les nerfs de la queue de cheval et sur le cône terminal. Quand ce dernier seul est atteint, la queue de cheval restant indemne, la symptomatologie ne comprend que les seuls symptômes génito-urinaires et rectaux sus-énoncés. Ce qui s'explique par la situation du centre médullaire génital et urinaire, à la partie supérieure du cône terminal.

Le *pronostic* des affections de la queue de cheval découle de tout ce qui vient d'être dit : anatomie et symptomatologie. Le chapitre consacré au pronostic par M. Raymond est un des plus étendus, il renferme de nombreuses remarques cliniques ingénieuses et délicates, obligé d'être bref, je ne peux que le signaler.

L'*étiologie* se résume en trois termes : tumeurs, traumatismes, myélite et méningite. Si la cause est un traumatisme, il y a perte de connaissance immédiate, puis revenu à lui le malade s'aperçoit

qu'il est paralysé des membres inférieurs. Cette paralysie se dissipe ou diminue ensuite, en partie au moins. Si au contraire la cause est une tumeur, le début sera naturellement lent et le premier symptôme est le symptôme douleur. Cette douleur va rarement en s'aggravant. Du reste les douleurs et les anesthésies peuvent diminuer, avec le temps, en étendue et en intensité, et c'est pourquoi on n'observe pas les complications vésicales si graves qui terminent si souvent le processus morbide des affections de la moelle, autres que celles de ses parties tout à fait inférieures. A signaler le traitement chirurgical de ces affections, possible aujourd'hui avec l'antisepsie et la connaissance qu'on a des susdites affections. Il existe plusieurs cas de guérison authentique à la suite de l'intervention chirurgicale.

Deux observations servent de préface à cette intéressante étude de M. Raymond, elles se ressemblent beaucoup, voici le résumé de la première qui est, dans le texte, exposée avec bien plus de détails que la seconde.

Femme âgée de quarante-six ans, antécédents héréditaires inconnus, ni rhumatisante, ni alcoolique, ni syphilitique, bonne santé habituelle. Cette femme était blanchisseuse et passait toutes ses journées au lavoir, continuellement mouillée et faisant un travail très pénible. Début de la maladie il y a deux ans environ par des douleurs vagues dans la région lombaire et aux jambes, surtout du côté gauche. Quelque temps après paralysie flasque de la jambe gauche survenue brusquement, puis rétention d'urine. La paralysie se dissipe en partie et progressivement la malade arrive à présenter le tableau clinique actuel noté à son entrée à la Salpêtrière. — *Troubles de la sensibilité ;* Douleurs lancinantes, partant de la fesse gauche et s'irradiant dans tout le membre inférieur gauche, ces douleurs sont irrégulièrement intermittentes et les crises durent huit à quinze jours. Autre douleur en ceinture au niveau de la région lombaire. Hyperesthésie cutanée au niveau de la cuisse et de la fesse gauche se manifestant au moindre attouchement. Anesthésie du périnée et de la face interne de la fesse gauche, ainsi que du bord externe du pied gauche. L'anesthésie s'étend à la muqueuse de l'urètre, de la vessie, de la vulve à gauche et du rectum. Incontinence d'urine. En somme l'ensemble des troubles sensitifs peut s'exprimer ainsi : anesthésie douloureuse à distribution bien définie. — *Troubles de la motricité et de la trophicité* : Le pied gauche est tombant et en extension forcée, non pas par suite de contracture, mais par suite de paralysie, c'est un pied bot paralytique. Atrophie marquée de tout le membre inférieur gauche. Exagération des réflexes rotuliens. Marche en steppage.

M. Raymond analyse tous ces symptômes et il conclut à l'existence d'une lésion qui siégerait au niveau de la seconde vertèbre lombaire. Il s'agit sans doute d'une plaque de méningite. A notre

époque, ajoute le professeur, les cas bien tranchés comme celui-ci n'offrent pas de difficulté, le diagnostic en est facile. CAMUSET.

XXVII. LE SEIN HYSTÉRIQUE ; par M. GILLES DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1895, *n°* 2.)

M. Gilles de la Tourette donne d'abord, en quelques pages, l'historique de cette question et il prouve par des citations que le sein hystérique a été depuis longtemps observé et décrit. C'est Wilis le premier qui, en 1678, en a tracé un tableau clinique exact et qui en a compris la nature.

Le sein hystérique est un type d'hystérie localisée. Il reconnaît souvent pour cause déterminante les traumatismes du sein qui agissent en influençant l'état mental des sujets. On l'observe aussi assez fréquemment chez les femmes qui présentent des zones hyperesthésiques du vagin ou du col utérin. En dehors de ces deux circonstances, il n'y a plus à noter, au point de vue étiologique, que les causes banales des accidents hystériques. On n'en a pas rencontré un seul cas chez l'homme.

C'est une affection peu connue, surtout des chirurgiens, certains d'entre eux la nient même, mais elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose. Elle est presque toujours unilatérale et essentiellement caractérisée par une augmentation temporaire ou permanente du volume du sein, avec une hyperesthésie considérable de la peau qui recouvre cet organe. Il s'agit donc, en réalité, d'une zone hyperesthésique hystérogène dont l'exaltation aboutit le plus souvent à un paroxysme convulsif. Au moment des crises, il se produit des phénomènes vaso-moteurs locaux qui vont de la congestion simple à l'œdème et même à la gangrène de la peau.

L'hyperesthésie est excessivement développée, le moindre frottement l'exaspère, alors que parfois une pression large, forte et continue la modère. Les émotions vives provoquent également les crises, les époques menstruelles aussi. Le sein alors grossit encore, il est le siège d'élancements très douloureux. A ce moment apparaissent des symptômes généraux de l'hystérie, strangulation, troubles céphaliques, etc., et enfin viennent parfois, non toujours, les convulsions.

La tuméfaction ne se borne pas toujours à la durée des paroxysmes, quand surtout la maladie est ancienne, elle est permanente alors mais elle s'exagère encore pendant les crises. Il y a dans ces cas œdème du tissu cellulaire, œdème qui peut devenir dur et se localiser, ce qui donne à la palpation la sensation d'une ou de plusieurs tumeurs adhérentes et grosses comme des œufs de poule. Suivant l'importance des troubles vaso-moteurs, la peau est blanche, rosée ou violacée. Enfin il peut y avoir ulcération de la peau, le mamelon peut

même tomber, on a alors des plaies fistuleuses avec engorgement des ganglions de l'aisselle, ce qui donne au sein hystérique toutes les apparences du sein cancéreux. L'erreur a été souvent commise, elle est encore commise même en l'absence de plaies ulcérées, alors qu'il y a seulement tuméfaction, douleur et rougeur. Le diagnostic est pourtant facile, mais malheureusement on connaît peu l'affection.

Il existe, dans la littérature médicale, deux exemples remarquables de seins hystériques guéris par miracle. Le premier cas est celui de la demoiselle Coivin, il date de 1716. Cette femme, quarante jours après un violent traumatisme du sein, eut des vomissements de sang et des *faiblesses*, puis son sein gauche devint dur, enflé, douloureux, violet. Plus tard il s'ulcéra, le mamelon tomba et le cancer ne fit plus de doute. Cette malade, une nuit, fut brusquement frappée d'hémiplégie et elle demeura grabataire avec des accidents de décubitus. Douze ans après le début de l'affection, elle fut guérie instantanément, quant à la paralysie, en quelques jours, quant aux plaies, après s'être vêtue d'une chemise qui avait touché le tombeau du diacre Pâris et après avoir mis sur son cancer de la terre prise sur la tombe du célèbre janséniste. — Le second cas est celui de la demoiselle Augier (1707). Le cancer du sein et la paraplégie duraient depuis vingt-cinq ans. La malade guérit aussitôt qu'on l'eut transportée sur le tombeau de M. Rousse.

CAMUSET.

XXVIII. NÉVRALGIE DE LA VIIIe RACINE POSTÉRIEURE CERVICALE DROITE. RÉSECTION INTRA-RACHIDIENNE DE CETTE RACINE ET DES RACINES SUS ET SOUS-JACENTES. GUÉRISON OPÉRATOIRE ET FONCTIONNELLE ; par MM. A. CHIPAULT et A. DEMOULIN. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1895, n° 2.)

OBSERVATION. — Homme de trente-quatre ans, sans antécédents héréditaires ni personnels importants ; garçon de bureau, est pris en 1891, sans cause appréciable, d'une douleur au bord interne du petit doigt droit. Cette douleur s'aggrava et devint permanente avec des exacerbations provoquées surtout par les contacts, elle remontait alors en éclair le long de la face interne du bras. Tous les traitements restèrent impuissants. L'élongation de la branche dorsale cutanée du cubital et plus tard la section du cubital dans la gouttière épitrochléenne aggravèrent plutôt la situation. En 1894, le malade en était presque au marasme, tant il souffrait. La douleur était continuelle et consistait en un fourmillement excessivement pénible localisé au petit doigt et à la partie interne de la main. Toutes les dix minutes à peu près, sans motif, cette douleur prenait une intensité excessive et remontait le long de la face interne de l'avant-bras jusqu'au coude. Il existait aussi une zone

d'anesthésie tactile occupant la peau de la portion interne de la main et de celle d'une partie de la longueur des doigts correspondants. Les auteurs pratiquèrent l'arrachement total de la branche dorsale cutanée du cubital ; résultat nul.

On avait jusqu'à ce moment diagnostiqué une simple névralgie du cubital, après un examen attentif, ce diagnostic fut rectifié. La zone hyperesthésique correspondait, non au territoire cutané d'un nerf, mais au territoire cutané d'une racine, la VIIIe racine cervicale, lequel territoire comprenait les deux doigts internes, la partie interne de la main et deux bandes antibrachiale et brachiale, l'une antérieure passant un peu en dedans du tendon du biceps, l'autre postérieure passant sur la partie interne de l'olécrâne. Ce territoire est bien différent de celui du cubital. L'erreur provenait de ce que l'on avait pris la bande postérieure, seule accusée par le malade pour une névralgie du cubital, alors qu'un examen attentif démontra que le cubital n'était, en réalité, pas douloureux en cette région. A noter que le membre était en partie œdématié et que les muscles innervés par le cubital étaient atrophiés, conséquence de l'intervention chirurgicale sur le cubital à son passage dans la gouttière.

On décida de tenter la résection de la racine postérieure de la VIIIe paire, ainsi que celle des racines postérieures sus et sous-jacente. Cette délicate et audacieuse opération fut pratiquée par les auteurs avec un plein succès. Ils sectionnèrent les racines au niveau de leur sortie de la moelle, et pour ne pas laisser les extrémités des nerfs sectionnés flotter dans l'espace sous-dure-mérien, ils firent une seconde section au niveau du passage des racines à travers la dure-mère. Malgré le soin avec lequel les opérateurs avaient établi leurs points de repère, ils n'étaient pas certains d'être réellement tombés sur la racine de la VIIIe paire. Pour s'en assurer, ils excitèrent avec l'électricité la racine antérieure correspondante devenue visible après la section de la racine postérieure. Les résultats de cette grave opération furent des plus heureux, la plaie guérit sans accident, les douleurs disparurent rapidement et rapidement aussi le membre se remit à fonctionner normalement.

CAMUSET.

XXIX. DEUX CAS DE MYÉLITE TRANSVERSE AIGUË; par M. le Dr J. NAGEOTTE, chef des travaux d'anatomie pathologique à la clinique de la Salpêtrière. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1895, n° 6.)

Il s'agit de deux cas de myélite transverse aiguë observés dans le service de M. le Dr Raymond. Ces deux myélites présentent les mêmes symptômes et les mêmes lésions macroscopiques, mais le microscope fait découvrir des différences importantes entre les deux processus anatomiques morbides. En l'un des cas il faut, en

effet, reconnaître une affection syphilitique, en l'autre une infection non déterminée, mais de nature non syphilitique certaine.

Première observation. — Femme, trente et un ans, non syphilitique. En janvier 1892, paraplégie flasque complète, qui s'établit en une quinzaine de jours sans phémonène prémonitoire. Paralysie des sphincters. Troubles dissociés de la sensibilité remontant jusqu'au niveau d'un plan passant par l'épigastre ; quelques régions ont conservé leur sensibilité normale, d'autres ne sentent plus les piqûres, d'autres la chaleur, le contact, etc. Les réflexes cutanés sont en partie conservés. Vaste eschare sacrée. L'état général devient rapidement très mauvais, mort le 28 février.

Autopsie. — Tous les organes sains, sauf la moelle et les méninges spinales. Plaque molle, blanchâtre, circonscrite, constituée par du pus infiltré dans les mailles de l'arachnoïde et qui occupe toute la hauteur du renflement lombaire. Les veines postérieures de la moelle sont très congestionnées. A l'œil nu, la moelle paraît normale, sauf une coloration insuffisamment foncée de la substance grise. Au microscope, on constate l'existence d'un grand foyer de myélite au niveau duquel les tissus ne se colorent pas par la méthode de Pal et qui sont, par conséquent, dépourvus de myéline. Ce foyer en forme de fuseau, commence vers la deuxième racine dorsale et se termine vers la huitième racine dorsale, il occupe spécialement la substance grise, mais empiète par place sur les différents cordons. Dans ce foyer les vaisseaux sont très congestionnés, irrégulièrement dilatés, ils sont entourés de nombreux corps granuleux. Ils sont aussi traversés par de très nombreux leucocytes polynucléaires, lesquels se répandent dans le tissu voisin. On voit aussi dans les parois des vaisseaux des éléments embryonnaires à noyaux réguliers et à protoplasma très réduit, ce sont ces éléments qui caractérisent les lésions vasculaires des myélites syphilitiques, mais dans le cas actuel ils sont relativement rares, alors qu'ils sont excessivement nombreux dans la syphilis nerveuse. On voit les cylindres-axes à peine déformés, entourés ou non de myéline, dans le dernier cas la myéline est boursouflée, lésée. Les cellules nerveuses sont aussi alteintes, mais non profondément. En somme la caractéristique de la lésion consiste en la surabondance de leucocytes polynucléaires, la lésion est donc de nature pyogène. Quelle est la nature de cette infection pyogénique? L'état de putréfaction du cadavre n'a pas permis de la reconnaître.

Deuxième observation. — Femme, quarante ans, sans antécédents héréditaires, syphilitique avérée depuis dix ans et ayant éprouvé des accidents nerveux syphilitiques, entre autres une hémiplégie faciale avec troubles de la sensibilité des membres inférieurs, dont on obtint la guérison après trois mois de traitement spécifique. En 1892, après quelques phénomènes prémonitoires consistant en douleurs violentes dans les deux jambes, douleurs survenant par

crises, cette femme devint, en cinq ou six jours, complètement paraplégique. La paraplégie était flasque et s'accompagnait d'anesthésie absolue. L'anesthésie remontait jusqu'au niveau d'un plan passant par la quatrième vertèbre dorsale, elle comprenait tous les modes de la sensibilité, les réflexes cutanés n'en étaient pas moins conservés. Malgré la paralysie des membres inférieurs, il survenait parfois des soubresauts, des mouvements brusques spontanés dans ces extrémités, le même phénomène avait également été observé chez la malade de la première observation. Rétention complète des urines et des matières fécales. Œdème marqué des membres inférieurs et du ventre. Cette malade, comme la précédente, tomba rapidement en marasme et mourut en décembre 1892.

Autopsie. — Lésions syphilitiques au foie. De nombreux nerfs périphériques présentent de l'hyperplasie du tissu conjonctif, mais les fibres nerveuses sont saines. Cette lésion est de nature syphilitique. Les centres nerveux, sauf la moelle et les méninges, sont indemnes. A l'œil nu, la moelle est simplement congestionnée, les méninges sont également très hypérémiées. Au microscope, vaste foyer de myélite à forme très irrégulière, commençant au niveau de la huitième paire cervicale et finissant au niveau de la neuvième paire dorsale. A certains endroits, ce foyer envahit à peu près toute la section de la moelle, mais ses contours sont très irréguliers et il se localise surtout à la substance grise. Dans toute son étendue, les vaisseaux sont gorgés de sang, mais cette congestion ne dépasse pas les limites du foyer et partout, dans la moelle saine, les vaisseaux nourriciers ont leur calibre libre. Les lésions vasculaires consistent en une infiltration, parfois énorme, de cellules embryonnaires à noyaux régulièrement arrondis, accumulés presque exclusivement dans la tunique adventice. On ne voit pour ainsi dire pas de leucocytes polynucléaires. On trouve, vers le milieu du foyer, de petits territoires mal colorés par le carmin, ce sont de vrais petits foyers de nécrose, de ramollissement. Ils ne renferment que des vaisseaux vides et un détritus friable. Le tissu médullaire, dans le foyer de myélite, est représenté par des corps granuleux, serrés les uns contre les autres et par un pointillé formé par la coupe des cylindres-axes dépouillés de leur myéline, mais non détruits. Les cellules nerveuses sont altérées, mais non détruites non plus. La pie-mère est partout épaissie et infiltrée d'éléments embryonnaires. Tout ce processus morbide est sous l'influence des vaisseaux, la prolifération excessive des cellules embryonnaires à noyaux ronds, la présence de nombreuses lésions syphilitiques siégeant ailleurs que dans la moelle, démontre que la lésion qui siège dans celle-ci, est aussi de nature syphilitique.

On voit, en résumé, que malgré la similitude d'allure et la ressemblance dans l'ensemble des lésions, ces deux myélites sont, l'une non syphilitique et l'autre syphilitique. A noter que, malgré

qu'il soit de nature syphilitique, l'immense foyer de myélite de la seconde malade, est réellement un foyer inflammatoire à évolution aiguë et remarquablement rapide. CAMUSET.

XXX. MYOPATHIE ATROPHIQUE PROGRESSIVE CHEZ UN HYSTÉRIQUE ATTEINT D'INCONTINENCE D'URINE ; par M. GASNE, interne des hôpitaux. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1895, n° 6.)

Ce cas est un exemple de ces associations morbides où se complaît l'hystérie :

OBSERVATION. — Atrophie musculaire chez un homme de quarante-quatre ans avec déformation. Début, il y a dix-huit mois, par le membre supérieur gauche. Prédominance sur les muscles de l'épaule gauche et sur ceux de la jambe droite, face légèrement atteinte, hypertrophie de certains muscles, réflexes conservés, réactions électriques normales. Troubles de la sensibilité nettement hystériques, incontinence d'urine également rapportée à l'hystérie. — L'auteur pense qu'il s'agit d'une myopathie sans aucune lésion nerveuse centrale ou périphérique. Il se base sur le caractère normal des réflexes et des réactions électriques, sur la persistance de faisceaux contractiles dans les muscles dégénérés et sur l'apparence hypertrophique de certains muscles très atteints, laquelle fausse hypertrophie est due à une prolifération considérable du tissu fibreux. Quant aux troubles de la sensibilité, qui manquent dans la myopathie, ils sont dus à l'hystérie associée, chez le malade, à l'affection musculaire. Il en est de même pour les soubresauts musculaires. Il reste l'incontinence d'urine, à la vérité très rare dans l'hystérie, elle serait due, dans le cas actuel, à une paralysie du sphincter vésical indépendante de toute lésion organique. En effet, en explorant la vessie avec une sonde métallique, le malade ayant les yeux bandés, celui-ci ne sent pas la sonde et n'accuse rien ; donc il y a anesthésie des muqueuses. On peut aussi distendre la vessie au moyen d'une injection d'eau sans provoquer de contraction de l'organe ; donc l'incontinence n'est pas due à une contracture du corps de la vessie. Elle est due à la paralysie du sphincter juxtaposé à la muqueuse anesthésiée, et elle est de nature hystérique. Dernière considération : l'incontinence est surtout nocturne. — Cette incontinence d'urine d'origine hystérique est à noter. CAMUSET.

XXXI. ETUDE MORPHOLOGIQUE SUR LA MALADIE DE PARKINSON ; par MM. Paul RICHER et Henry MEIGE. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, 1895, n° 6.)

Les grands signes de la maladie de Parkinson sont tellement caractéristiques, qu'on fait ordinairement le diagnostic à première

vue et qu'on néglige d'examiner les sujets nus ; il en résulte que bien des particularités intéressantes de la morphologie de ces malades échappent aux observateurs. Ce sont ces particularités que les auteurs font ressortir en relatant une observation inédite et en reproduisant les photographies de vieux malades connus de la Salpêtrière.

L'observation est celle d'une femme âgée de cinquante-huit ans, le cas est tout à fait classique, sauf en un point, la malade a toujours froid. On sait que c'est le contraire qui s'observe chez presque tous les malades, ils éprouvent une sensation de chaleur pénible et se découvrent en dormant. Nue, on voit que cette femme offre des modifications importantes dans la direction des différents axes de son corps. — J'ai précisément rendu compte dans les *Archives de Neurologie* d'un travail d'un des auteurs, M. Richer, sur les attitudes du corps dans lequel les divers axes, axes de la tête, du cou, du tronc, etc., étaient étudiés à l'état physiologique. — On sait qu'à l'état physiologique l'axe du tronc est oblique de haut en bas et d'arrière en avant, il forme avec l'axe des membres inférieurs un angle obtus ouvert en arrière. Chez la malade ce même angle se trouve ouvert en avant. C'est là la cause des *antépulsions* de la paralysie agitante. C'est également la raison pour laquelle les sujets fléchissent les genoux. Les autres axes du corps sont étudiés de la même façon que l'axe du tronc et chacun d'eux donne lieu à des déductions intéressantes. Vient ensuite l'examen de la rigidité musculaire, à laquelle aucun muscle de la vie de relation n'échappe. Chaque muscle est en outre animé de petites vibrations dues aux contractions isolées et successives des fibrilles, ces contractions sont indépendantes du tremblement, elles paraissent, aux auteurs, être la cause de la rigidité continue, caractéristique de l'affection, laquelle comme le croyait Vulpian, serait due à un léger degré de contracture et non à un état myopathique spécial. Les auteurs terminent leur travail par cette dernière considération. C.

XXXII. Gomme syphilitique double de la moelle épinière ayant déterminé un syndrome de Brown-Séquard bilatéral avec dissociation syringomyélique ; par MM. V. Hanot, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine et Henry Meunier, interne des hôpitaux. (*Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1896, n° 2.)

Travail important et d'assez grande étendue, riche en considérations cliniques, anatomiques et physiologiques sur la moelle épinière.

Observation — Homme, quarante-cinq ans, antécédents héréditaires mal connus, bonne santé habituelle, syphilis trois ans avant l'éclosion des accidents actuels. Depuis le chancre jusqu'à présent sauf une roséole, pas d'autres manifestations diathésiques que des

gommes de la peau il y a un an. Début par un ictus apoplectique sans perte de connaissance. Quatre jours après, à l'hôpital, on note les symptômes suivants : paraplégie flasque absolue, les deux bras ne sont pas paralysés, mais faiblesse musculaire marquée dans le bras gauche. Les muscles interscapulaires et de la nuque contracturés. — Sensibilité tactile conservée aux membres inférieurs, mais affaiblie et retardée, sensibilités thermique et algésique abolies. Au tronc anesthésie complète qui s'arrête à gauche au niveau de la troisième côte, au-dessus existe une zone d'hyperesthésie de 2 centimètres environ de hauteur, puis la sensibilité devient normale. A droite, l'anesthésie s'arrête à la deuxième côte, c'est-à-dire moins bas qu'à gauche, puis zone hyperesthésique et au dessus enfin la sensibilité est normale. — Les réflexes rotuliens complètement abolis. Incontinence d'urine, constipation. Sens spéciaux intacts, mais inégalité des pupilles. — Aggravation rapide de l'état général, accidents de décubitus aigu et mort quatre jours après l'arrivée.

Autopsie. — Dans aucun organe on ne trouve de lésions tuberculeuses. Les altérations sont toutes médullaires, à l'œil nu on constate l'existence de deux noyaux gommeux situés de part et d'autre du sillon médian antérieur au niveau des régions cervicale inférieure et dorsale supérieure, le droit un peu plus élevé que l'autre, et deux prolongements de ramollissement central dépassent en haut et en bas l'étage des tumeurs proprement dites. En outre la dure-mère adhère intimement à la moelle au niveau des gommes. A l'examen histologique, on constate que la pie-mère, au niveau des gommes et dans une certaine étendue autour d'elles, est infiltrée de noyaux embryonnaires, et que les vaisseaux périmédullaires sont également infiltrés de ces mêmes petits éléments, au point que, par places, leur lumière est effacée. Quant aux tumeurs, elles sont exclusivement constituées par des cellules embryonnaires pressées les unes contre les autre. Les cordons médullaires ont subi une certaine dégénérescence dans le voisinage des gommes, mais sans systématisation. Leur lésion dominante est la sclérose embryonnaire, il s'agit là d'une dégénérescence provoquée par la réaction inflammatoire. La substance grise est particulièrement désorganisée par les tumeurs qui occupent son épaisseur. On y trouve aussi de vraies gommes miliaires.

Les gommes syphilitiques de la moelle étant très rares, on se demande s'il s'agit bien ici de gommes syphilitiques plutôt que de gommes tuberculeuses.

Les auteurs conviennent que le diagnostic anatomique se base surtout sur les lésions vasculaires périphériques, qui sont évidemment syphilitiques, et aussi sur l'absence de tubercules dans les viscères. En réalité, la nature syphilitique des lésions médullaires est certaine.

Cette observation renferme bien des points intéressants. D'abord il est surprenant qu'une lésion aussi étendue et aussi destructive ne se soit manifestée que dix jours avant la mort. Cette anomalie s'explique, la lésion au début a pu n'intéresser que les cornes antérieures sur un point limité, respectant les faisceaux pyramidaux et le cordon postérieur. L'ictus s'explique par un arrêt brusque de l'irrigation d'un étage transversal de la moelle, où l'autopsie a, en effet, montré l'endartérite oblitérante de plusieurs gros vaisseaux. Quant aux troubles de la sensibilité, on les comprend en remarquant que les deux tumeurs équivalent à une section véritable de la moitié antérieure de la moelle, chacune des tumeurs est ainsi la cause du syndrome de Brown-Séquard pour la moitié de la moelle qui la renferme. Plus encore, les tumeurs n'étant pas au même niveau, atteignent supérieurement deux racines différentes, les troubles moteurs et sensitifs sont également dénivelés à la périphérie. Il reste à expliquer la zone d'hyperesthésie trouvée de chaque côté du tronc, immédiatement au-dessus des régions anesthésiées, la chose est difficile sans le secours d'un schéma, je me contenterai de dire que la racine sensitive située immédiatement au-dessus des régions lésées de la moelle est respectée dans son trajet d'entrecroisement intra-médullaire, mais elle côtoie nécessairement la tumeur, le schéma le fait comprendre, et dans ce point elle est irritée par le voisinage du foyer, de là l'hyperesthésie du territoire innervé. Les troubles syringomyéliques, eux, ont une explication moins compliquée. On admet que la sensibilité tactile, après avoir fait étape dans la substance grise de la colonne postérieure, gagne l'encéphale par des systèmes commissuraux, et que les autres sensibilités, thermiques et douloureuses ne quittent pas la substance grise. Cette donnée explique la dissociation de la sensibilité des régions inférieures, puisque dans tout l'étage de la lésion les portions médianes et postérieures des cordons sont relativement respectées, et que ce sont ces parties de la moelle qui renferment les systèmes commissuraux. L'anesthésie complète des régions plus élevées a sa cause dans ce fait, que les impressions sensitives des susdites régions aboutissent précisément à l'étage des lésions lesquelles, on l'a vu, ont désorganisé la substance grise. CAMUSET.

XXXIII. SYRINGOMYÉLIE AVEC ANESTHÉSIE LOCALE; par M. le professeur F. RAYMOND, médecin de la Salpêtrière. (*Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1896, n° 1). (Leçon recueillie par M. le Dr J.-B. CHARCOT, chef de clinique.)

OBSERVATION. — Femme, trente-huit ans, père tombé en démence à un âge peu avancé, sœur morte de méningite. Elle a eu cinq enfants, quatre ont succombé ou sont venus au monde mort-nés. Il y

a sept ans, douleurs sourdes dans l'épaule gauche, avec fourmillements dans les mains, survenant à l'époque des règles. Plus tard un panaris absolument indolore. Un peu après, c'est-à-dire il y a un an seulement, faiblesse considérable des membres supérieurs avec atrophie musculaire généralisée. En quelques semaines la malade devient complètement impotente, puis troubles vésicaux et rectaux. Au mois d'octobre 1895, la malade était dans l'état suivant : état général satisfaisant, paralysie complète des membres et du tronc avec atrophie musculaire intense généralisée, les muscles de la tête et du cou seuls avaient échappé à l'atrophie. Incontinence d'urine et constipation, anesthésie totale superficielle étendue à presque tout le tégument externe, anesthésie des tissus sous-jacents, eschare profonde à extension rapide.

En résumé donc, c'est le tableau clinique classique de la syringomyélie, sauf sous le rapport de l'anesthésie qui est totale, alors que dans cette affection on note, non pas toujours, mais presque toujours la dissociation de la sensibilité : analgésie, thermo-anesthésie et conservation de la sensibilité tactile. Le professeur maintient pourtant le diagnostic de syringomyélie. L'affection, lente au début, a pris ces temps derniers une allure rapide. Il expose les observations connues de syringomyélie avec anesthésie complète. Dans les autopsies on constatait le plus souvent que le processus cavitaire s'étendait aux cordons postérieurs et latéraux. Le cas actuel est, dit-il, à ajouter aux cas déjà publiés, car il ne s'agit pas d'une complication hystérique, l'anesthésie de l'hystérie a des caractères *sui generis*.

La malade mourut peu après, par suite d'une infection dont le point de départ fut l'eschare. La partie supérieure de la moelle est diffluente, tout le tissu a un aspect lacunaire spécial. L'examen histologique sera fait et publié plus tard. C.

XXXIV. La syphilis héréditaire de la moelle épinière; par M. Gilles de la Tourette, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. (*Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1896, nos 2 et 3.)

La syphilis héréditaire de la moelle est une question encore mal connue et qui n'a, du reste, été étudiée que dans ces derniers temps. Son existence est indéniable, il en existe des observations éparses dans la littérature, et l'auteur en a rassemblé un certain nombre d'inédites dans le travail actuel.

La syphilis peut frapper la moelle à trois périodes de l'existence: pendant la vie intra-utérine, pendant la première enfance, pendant l'adolescence et l'âge adulte. Elle est dite congénitale, précoce, tardive. — Quand la syphilis médullaire héréditaire est congénitale, l'enfant est souvent mort-né, la lésion consiste alors en une méningo-

myélite diffuse embryonnaire. Ordinairement on trouve en même temps diverses autres lésions syphilitiques, des arrêts de développement par exemple, mais c'est surtout l'hépatite interstitielle diffuse qui se rencontre avec la myélite. A noter que si les observations de syphilis héréditaire congénitale de la moelle sont rares, il ne s'ensuit pas que cette manifestation médullaire de la syphilis, elle, soit rare. On la rencontrerait certainement souvent si on la cherchait chez les mort-nés syphilitiques, mais on n'a pas l'habitude de se livrer à cette recherche.

Anatomiquement, le processus embryonnaire passe à l'état adulte, et c'est la sclérose qui en est l'aboutissant. On la retrouve presque toujours dans le cerveau, mais elle peut se localiser exclusivement dans la moelle pour produire des paraplégies spasmodiques indemnes de symptômes cérébraux concomitants. Lorsque la syphilis touche la moelle dans la première enfance, et pendant l'adolescence et l'âge adulte, le cerveau peut encore participer au processus, c'est ordinairement le mésocéphale qui est atteint. Dans les formes médullaires pures, c'est surtout la moelle cervicale qui est touchée, cependant il existe des cas où la localisation s'est faite uniquement sur la moelle lombo-sacrée.

Dans les cas de syphilis précoce ou tardive, les types cliniques deviennent variés. La raison en est dans ce fait biologique qu'à mesure que le sujet avance en âge. les tissus se différencient de plus en plus et prennent une individualité fonctionnelle plus marquée. L'infiltration embryonnaire, base du processus, tend aussi à se collecter et à aboutir aux gommes. De plus il se joint probablement de l'artérite gommeuse proprement dite. En somme, le champ clinique s'élargit de plus en plus, et il semble qu'à part sa grande tendance à rester encéphalo-médullaire, indice de la généralisation initiale du processus, la syphilis médullairé héréditaire précoce et surtout tardive ne diffère pas sensiblement des expressions si variées de la syphilis acquise. — Telles sont les conclusions du travail de M. Gilles de la Tourette, qui les a, du reste, formulées lui-même, en leur donnant une plus grande extension dans le dernier chapitre de cette étude. C.

XXXV. Un cas de tabes supérieur avec conservation des réflexes; par M. E. Lenoble, interne de la clinique des maladies nerveuses. (*Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1896, n° 1.)

Observation. — Femme, vingt-huit ans, père et mère tuberculeux, probablement tuberculeuse elle-même, ni éthylique ni syphilitique. Début de l'affection il y a trois ans par de l'amblyopie, plus tard quelques douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et dans le membre supérieur gauche, sensation de compression du thorax en ceinture. Actuellement : ni paralysie, ni atrophie

musculaire, la marche n'est pas ataxique, mais elle est moins assurée, et la malade vacille dans l'obscurité sans cependant présenter le signe de Romberg. Conservation des réflexes patellaires. Absence de troubles de la sensibilité générale et spéciale, sauf en ce qui concerne la vue. La malade voit les objets troubles, confus, elle n'a plus de diplopie. L'examen ophtalmoscopique fait constater une paralysie incomplète des troisièmes paires gauche et droite et complète de la sixième paire droite. Les pupilles sont inégales et ne réagissent pas sous l'influence de la lumière. La papille est décolorée, les artères y sont petites et les veines très volumineuses. Les douleurs fulgurantes des membres, la constriction en ceinture du thorax ont, pour ainsi dire, disparu, mais il existe quelques douleurs à type fulgurant dans la *région occipitale*. Les principaux viscères enfin sont sains, sauf les poumons, les sommets sont très suspects.

A quelle affection a-t-on affaire? Trois diagnostics doivent être discutés : la tuberculose cérébrale, la syphilis cérébrale, le tabes supérieur.

La méningite bacillaire de la base, intéressant les nerfs moteurs de l'œil n'est pas admise par l'auteur, parce que surtout la malade n'a jamais présenté de symptômes méningitiques, jamais de vomissements, etc. L'auteur rejette également l'hypothèse de la syphilis, parce qu'on ne la retrouve pas dans les antécédents de la malade, ni dans ceux de son mari, parce que l'examen du fond de l'œil n'indique pas la présence d'une lésion syphilitique du cerveau, parce qu'il n'y a pas eu de prodromes céphaliques, etc. Reste donc le tabes supérieur qui est bien l'affection dont est atteinte la malade, d'après M. Lenoble. Le tabes n'atteint pas les seuls syphilitiques, expose-t-il, et tous les symptômes observés chez la malade, ainsi que leur mode de succession constituent l'expression clinique du tabes de la partie supérieure de la moelle. C.

XXXVI. De la cataphorèse électrique; par le professeur F.-P. Sgobbo, de l'Université de Naples.

Il existe une substance qui a la propriété de modifier l'excitabilité de l'écorce cérébrale, la cocaïne. D'autre part il paraît admis que le courant électrique est capable de transporter avec lui une substance médicamenteuse, jusqu'à un organe quelconque, par exemple, sur lequel la substance médicamenteuse produira directement ses effets physiologiques ordinaires (cataphorèse). Ce sont ces propositions que l'auteur veut contrôler expérimentalement. Il a, pour cela, institué une série d'expériences directes sur des chiens, afin de résoudre le problème qu'il formule ainsi lui-même : On imbibe la tête d'un animal d'une solution de cocaïne, laquelle solution est mise en communication avec le pôle positif

d'un appareil galvanique, on fait passer le courant à travers la tête de l'animal en appliquant l'électrode négative sur une partie de son corps plus ou moins éloignée de la tête; l'action de la cocaïne se fait-elle sentir à travers la peau, l'os cranien et les méninges sur l'écorce grise du cerveau? Naturellement, l'auteur recherche d'abord directement, au moyen d'une première expérience, si l'excitabilité électrique du cerveau est réellement diminuée et même abolie, quand on imbibe l'écorce grise d'une solution de cocaïne.

Voici les conclusions auxquelles il est arrivé : 1° la cocaïne appliquée sur l'écorce cérébrale (gyrus sigmoïde), diminue et à la fin annihile l'excitabilité cérébrale; 2° la cataphorèse électrique cérébrale avec la cocaïne ne modifie pas directement l'excitabilité cérébrale quand on fait agir le courant à travers le cuir chevelu, l'os et les méninges; 3° il arrive que la cataphorèse électrique avec la cocaïne influe sur le cerveau, mais l'alcaloïde ne parvient pas directement à l'écorce grise, en traversant la peau, l'os et les méninges; il n'y arrive qu'indirectement, par le torrent circulatoire, pour y exercer son action spéciale; 4° l'os cranien est certainement le plus puissant obstacle qui s'oppose à la cataphorèse, ce qu'on démontre en enlevant un disque de l'os et en remettant ensuite les parties molles à leur place; on obtient alors une diminution de l'excitabilité, parce que le courant électrique n'a plus à traverser que le cuir chevelu et les méninges. (*Rivista clinica e terapeutica*. Naples, 1895, n° 9.) C.

XXXVII. Tremblement hystérique simulant le tremblement de la maladie de Parkinson; par le professeur de Renzi, de l'Université de Naples. (Leçon clinique faite à l'Université de Naples.)

Observation. — Jeune fille, dix-neuf ans, rien de notable dans les antécédents héréditaires et personnels. A la suite d'une vive frayeur : hémiplégie avec anesthésie du côté gauche et tremblement du membre supérieur également du côté gauche. Puis contracture de la main gauche qui disparaît alors que le tremblement se manifeste au membre supérieur droit. La suggestion aidée de l'électricité fait disparaître complètement l'hémiplégie et l'anesthésie, cette dernière au membre inférieur seulement. Marche normale. Les membres supérieurs, le gauche principalement, sont continuellement agités par un tremblement oscillatoire régulier, les secousses étendues et irrégulières y sont peu fréquentes. Le tremblement cesse pendant le sommeil, les mouvements intentionnels l'exagèrent. Zone d'anesthésie comprenant, du côté gauche, tout le membre supérieur, l'épaule, la moitié de la tête et du cou. Hyperesthésie ovarienne double. Anesthésie complète de la conjonctive, même sur la cornée; champ visuel très rétréci à gauche;

dyschromatopsie. L'olfaction, l'ouïe, le goût sont abolis à gauche. Rien de notable à l'examen électrique.

La guérison de l'hémiplégie par la suggestion, l'anesthésie, l'hyperesthésie ovarienne, les altérations du sens de la vue et des autres sens spéciaux militent, chez cette malade, en faveur de l'hystérie. Le tremblement est pourtant le tremblement typique de la paralysie agitante. Y a-t-il donc, chez cette jeune fille, maladie de Parkinson et hystérie à la fois? Le professeur de Renzi ne le pense pas, l'absence de la rigidité caractéristique des muscles de la face et du tronc, la marche normale, la flexion des doigts (qui existe et que j'ai oublié de signaler plus haut avec les autres symptômes), l'impuissance de la belladone, qui améliore toujours, paraît-il, le tremblement de la maladie de Parkinson, tous ces phénomènes cliniques ne se rencontrent jamais dans la paralysie agitante. Il s'agit donc, en résumé, d'un tremblement hystérique particulier, simulant le tremblement si caractéristique de la maladie de Parkinson. (*Riviste clinica e terapeutica.* Naples, 1895, n° 3.)

CAMUSET.

XXXVIII. TROIS CAS DE HOQUET HYSTÉRIQUE; clinique du Dr de RENZI, de Naples.

Premier cas. — Femme, vingt-neuf ans, mariée, tare nerveuse héréditaire, mais jamais d'accidents nerveux avant le phénomène morbide actuel. Opération de la symphyséotomie et dix mois après, à la suite de l'influenza, hoquets continuels avec sensation d'une boule dans la gorge.

Traitement prolongé par les injections de morphine sans résultat. La malade se décide à aller se faire soigner à Naples, elle est obligée de faire un long voyage pour se rendre dans cette ville. Le soir du premier jour de son entrée dans le service du Dr de Renzi, guérison spontanée qui se maintient.

Deuxième cas. — Femme mariée, trente-six ans. Influenza, et à la suite hoquets incoercibles avec éructations, spasmes cloniques du diaphragme et convulsions hystériques. Guérison rapide et définitive au moyen de courants faradiques appliqués à l'épigastre.

Troisième cas. — Jeune fille, vingt-deux ans. Emotion violente et à la suite hoquets continuels, hémi-hypoesthésie gauche, anesthésie des conjonctives et dyschromatopsie hystérique. Guérison de tous ces phénomènes hystériques par la suggestion hypnotique.

En résumé, dans le premier cas la guérison est due au changement de milieu et à l'isolement, un long voyage y est aussi pour quelque chose.

Dans le troisième cas, la guérison est due à la suggestion et dans le second également, en grande partie du moins, car les courants faradiques n'ont pas dû avoir une action curative bien puissante.

A noter que dans deux de ces trois observations de hoquet hystérique, les malades étaient convalescents de l'influenza, preuve nouvelle de l'influence de cette affection sur le système nerveux, influence admise, du reste, par tous les cliniciens. (*Rivista clinica e terapeutica.* Napoli, 1895, n° 2.) C.

XXXIX. Un cas de polioencéphalomyélite ; par le Dr Covone.

Intéressante étude sur un cas de polioencéphalomyélite qui s'écarte sous certains rapports du type classique de cette affection. L'auteur fait d'abord remarquer que la polioencéphalomyélite, maladie peu fréquente, peut être envisagée comme une combinaison des trois entités nosologiques : l'atrophie musculaire spinale progressive, la paralysie labio-glosso-laryngée et l'ophtalmoplégie externe. Je résume succinctement l'histoire de son malade.

Observation. — N..., soixante-dix-sept ans, sans antécédent pathologique d'aucune sorte, robuste vieillard qui n'a jamais été malade, n'a jamais fait d'excès et n'a même jamais, dans sa longue existence, éprouvé d'émotions sérieuses. En 1891, pendant les fortes chaleurs du mois d'août, N... un jour s'était endormi dans un champ, à l'ombre; il fut réveillé par une sensation pénible de piqûre et de gonflement à la langue. Puis il s'aperçut qu'il avait de la peine à prononcer certains mots.

C'était le début d'une affection qui, à partir de ce moment, évolua progressivement. Voici l'énumération, dans leur ordre d'apparition, des phénomènes morbides observés : En cinq mois la difficulté d'articuler certains mots se généralise, langage difficile et défectueux. En janvier 1892, faiblesse dans le bras gauche. Très peu après, début d'un ptosis à gauche. En trois mois le membre affaibli se paralyse complètement et la paralysie s'accompagne d'atrophie musculaire. En janvier 1893, nouveaux accidents : la tête ne peut se maintenir droite, elle est fléchie en avant sur la poitrine, sialorrhée abondante et continuelle. En mars, même année, paralysie et atrophie du membre supérieur droit et de l'épaule. Au moment où l'auteur le voit, le malade est dans un état vraiment misérable. Articulation des mots impossible. Sialorrhée excessive. Abolition des mouvements de l'orbiculaire des lèvres, paralysie presque complète des muscles masticateurs. Langue difforme, elle a trois pointes, une médiane et deux latérales, l'atrophie musculaire l'a rendue excessivement mince, elle reste accolée au plancher de la bouche, presque immobile, comme un lambeau de chair inerte. Ophtalmoplégie externe avec tous ses symptômes qui donne à la physionomie un aspect étrange. Les mouvements réflexes et d'accommodation de la pupille sont conservés, les muscles ciliaires et iridiens ne sont donc pas atteints, ce qui démontre, entre parenthèse, que l'ophtalmoplégie est externe.

Paralysie et atrophie considérable des muscles du cou, de la nuque surtout, du dos, du thorax, des membres supérieurs. Les membres inférieurs sont faibles mais non atrophiés. Les réflexes tendineux, abolis aux membres supérieurs, sont normaux aux inférieurs. Sur tous les muscles atrophiés, contractions fibrillaires très marquées au moindre choc. Sensibilité conservée, douleur au côté gauche du thorax, sensation de chaleur interne, le malade ne peut conserver ses couvertures au lit, même l'hiver. Excitabilité électrique proportionnée au degré d'atrophie des muscles. Même dans les muscles les plus atrophiés on ne note pas l'inversion de la formule. Le pouls bat à 65-70 pulsations. Les fonctions de nutrition s'accomplissent bien. Le malade succombe en décembre 1893, dans un accès de dyspnée.

L'auteur affirme qu'il s'agit bien là d'un cas de polioencéphalomyélite : on y trouve l'atrophie musculaire progressive, la paralysie labio-glosso-laryngée et l'ophtalmoplégie externe, mais le processus morbide est évidemment irrégulier. Le premier symptôme observé est la glossoplégie qui marque le début de la paralysie labio-glosso-laryngée, le bulbe est donc atteint en premier lieu, et de là l'affection est à la fois ascendante et descendante, puisque d'une part se manifeste l'ophtalmoplégie, et d'autre part l'atrophie musculaire progressive. — Nous arrivons ici à une dissertation clinique, claire et intéressante ; la valeur des symptômes, leur signification, au point de vue anatomo-pathologique, sont exposées et discutées. Il est facile d'établir qu'il existe une lésion systématisée de différentes parties de la colonne formée par les noyaux moteurs superposés au bulbe, à la protubérance et à la moelle. Les cordons médullaires sont indemnes puisqu'il n'y a ni contracture, ni exagération des réflexes tendineux, ni troubles vésicaux ou rectaux. Ce sont précisément ces caractères que Charcot indiquait comme les caractères distinctifs de la polioencéphalomyélite.

L'auteur explique comment on peut comprendre anatomiquement la propagation de la lésion des noyaux moteurs supérieurs de la moelle aux noyaux moteurs du bulbe, et la propagation de la lésion de ces derniers aux noyaux d'origine de la troisième paire, ce qui l'amène à rappeler les données anatomiques modernes sur ces noyaux. Ils sont nombreux et situés les uns au-dessus des autres formant une colonne située derrière le plancher du troisième ventricule et plus haut derrière l'aqueduc de Sylvius. Cette disposition explique l'indépendance des paralysies qui atteignent certains muscles de l'œil innervés par le moteur commun et qui respectent certains centres innervés cependant par le même nerf, etc. Je noterai encore l'exposé des paralysies bulbaires, les unes syndromiques de certaines entités neuropathiques, comme l'atrophie Aran-Duchenne, par exemple, les autres indépendantes, les autres causées par des lésions doubles en foyer. Exposé analogue à propos

de l'ophtalmoplégie externe qui peut dépendre du tabes, d'une lésion cérébrale localisée, d'une compression du moteur commun, etc., etc.

Revenant à son observation, l'auteur avoue que le début de l'affection par la paralysie bulbaire inférieure fait de son cas un cas unique dans la science, il faudrait le dénommer *polioencéphalomyélite à début glossoplégique*. Guinon et Parmentier ont affirmé, dit-il, que la polioencéphalomyélite débutait toujours et indifféremment, soit par l'ophtalmoplégie, soit par l'atrophie musculaire progressive, mais ce n'est pas là une vérité intangible, l'observation actuelle démontre, d'une façon incontestable, que cette affection peut également débuter par les symptômes de la paralysie glosso-labiale.

Dernière remarque : Dans le cas de M. Corvoue, comme dans tous les cas publiés jusqu'à présent, l'étiologie de la poliencéphalomyélite reste absolument inconnue. (*Rivista clinica e terapeutica*, 1895, *n°* 1.) CAMUSET.

XL. PACHYMÉNINGITE CERVICALE HYPERTROPHIQUE : Leçon clinique du professeur DE RENZI.

OBSERVATION. — Homme, trente-huit ans, malade depuis sept ans. Rien à relever dans les antécédents. Voici son état actuel : les deux bras, surtout le gauche, ne peuvent être soulevés volontairement. Le cou est un peu rigide. Les muscles deltoïdes des deux côtés, mais surtout ceux du côté gauche, ainsi que le sterno-mastoïdien droit sont atrophiés ; contractions fibrillaires sur ces muscles. Réflexe rotulien exagéré. Excitabilité électrique diminuée dans les muscles des membres supérieurs. La sensibilité au toucher et à la douleur diminuée aux mains et aux avant-bras. Douleur vague continuelle à la nuque et fourmillements aux deux mains. Inégalité fréquente des pupilles qui sont assez souvent dilatées. Certaine difficulté dans la miction. — On voit que ce malade présente des phénomènes de paraplégie et d'atrophie musculaire et des altérations de la sensibilité. On pense d'abord qu'il est atteint d'atrophie musculaire progressive, type Aran-Duchenne, mais le professeur de Renzi démontre qu'il est atteint de pachyméningite cervicale hypertrophique. En effet, le malade présente nombre de symptômes qui n'existent pas dans l'atrophie musculaire progressive. La paraplégie brachiale, la roideur du cou, la douleur persistante à la nuque, les altérations de la sensibilité, l'inégalité pupillaire, etc. En plus, les muscles atrophiés ne sont pas ceux qui sont atteints ordinairement dans l'atrophie progressive. En somme, il s'agit dans ce cas d'une inflammation de la dure-mère qui, hypertrophiée, comprime la moelle à l'instar d'un anneau fibreux. (*Rivista clinica e terapeutica*, 1895, n° 2.) C.

XLI. Saturnisme chronique avec paralysie des nerfs radiaux ; par le professeur de Renzi, de l'Université de Naples (Leçon clinique du professeur de Renzi.)

Observation. — Femme, trente-sept ans, marchande ambulante de jouets d'enfants. A l'âge de vingt et un ans, à la suite d'une peur, cette femme avait eu un brusque arrêt des règles, puis des coliques violentes avec constipation tenace. Il y a un mois, encore à la suite d'une peur, elle eut de la fièvre pendant dix jours, puis des coliques violentes et de la constipation. En même temps, elle éprouvait des douleurs dans les bras et elle n'ouvrait plus facilement les mains. A l'examen actuel, à la clinique : mains à demi fléchies sur les avant-bras, doigts à demi fléchis, le pouce en adduction. Les mouvements d'extension des mains et des doigts impossibles. Les avant-bras peuvent facilement se mettre en supination. Excitation faradique abolie dans les muscles extenseurs de l'avant-bras, l'excitation galvanique est conservée. La malade est triste et irritable. Aucun autre trouble nerveux. Bord libre des gencives saignant, ramolli et bleuâtre. Plomb dans les urines. On dénote aussi la présence du plomb à la peau au moyen du sulfure de sodium.

Il est évident que la malade est empoisonnée par le plomb, elle s'est intoxiquée en vendant des jouets peints avec des couleurs contenant des sels plombiques. Quant aux phénomènes paralytiques, on ne peut guère les attribuer à l'hystérie, la paralysie hystérique est une paralysie psychique, pour ainsi dire, qui se localise mal anatomiquement, qui ne se fixe pas sur un système musculaire, par exemple, à l'exclusion d'autres systèmes musculaires. On ne peut non plus songer à une paralysie *a frigore*, laquelle est ordinairement unilatérale et le supinateur est atteint comme les autres muscles. Il s'agit donc, sans conteste, d'une paralysie saturnine. (*Rivista clinica e terapeutica.* Naples, 1896, n° 2.) C.

XLII. Syphilis cérébrale ; par le professeur de Renzi, de l'Université de Naples. (Leçon clinique du professeur de Renzi.)

Observation. — Jeune homme, vingt et un ans, cuisinier. Syphilis il y a trois ans, trois mois (?) après, gomme au front. Il y a deux mois, attaque d'apoplexie et à la suite hémiplégie droite. Disparition rapide de la paralysie au moyen d'injections sous-cutanées de bichlorure de mercure. Le malade ayant suspendu ses injections, nouvelle attaque d'apoplexie il y a deux jours. Depuis, perte de la parole, asymétrie de la face et stupeur. Amené à la clinique en cet état, on note la pléiade ganglionnaire des syphilitiques et un état de stupeur. Il n'y a aucun phénomène paralytique, cependant les mouvements intentionnels sont lents et un peu incer-

tains et les muscles de la face du côté gauche se contractent un peu moins que ceux du côté droit. La sensibilité au tact et à la douleur est conservée. Réflexes rotuliens exagérés, surtout à gauche. Le malade ne peut pas parler, mais il semble entendre, urines involontaires. La situation reste telle pendant deux jours. On diagnostique une syphilis cérébrale, diagnostic que l'autopsie vint bientôt confirmer. On trouva, en effet, une pachyméningite et une leptoméningite chroniques, fibreuses, de la voûte et d'une partie de la base, une artérite diffuse avec artério-sclérose, et des petits foyers de ramollissement cérébral, enfin des hémorragies punctiformes multiples dans la couche optique gauche. La nature de ces lésions indique la syphilis d'une façon certaine. (*Rivista clinica e terapeutica*, Naples, 1896, n° 2.) C.

XLIII. Myélite par infection blennorrhagique ; par le Dr Cipriani.

Jeune fille de quatorze ans, forte et bien portante, une sœur hystérique, il y a un an, blennorrhagie non soignée. Sans prodrome aucun, cette jeune fille est prise brusquement de paraplégie, assise elle s'aperçoit qu'elle ne peut plus se lever. Voici les signes morbides qu'on note à ce moment : les membres inférieurs complètement paralysés, inertes, réflexes rotuliens diminués. Anesthésie absolue des mêmes membres, la malade ne les sent pas. T = 38°. Rétention d'urine. Intelligence intacte. L'auteur diagnostique un foyer de myélite à la région dorsale, suite d'une infection blennorrhagique.

Voici la marche de l'affection, à partir de ce début. La rétention d'urine dura seulement cinq jours, elle fut remplacée par l'incontinence pendant six mois, puis elle guérit complètement. La constipation du début fit place à l'incontinence des matières fécales, qui guérit aussi en cinq à six mois. Les diverses sensibilités reparurent progressivement dans les membres inférieurs, plus rapidement à droite qu'à gauche, le septième mois tous les troubles sensitifs avaient disparu. Quant à la motilité, le membre inférieur droit s'améliora le premier et la paralysie y avait complètement disparu le cinquième mois. La motilité ne revint dans le membre gauche que plus tardivement, elle se rétablit petit à petit pendant sept mois, puis à ce moment l'amélioration resta stationnaire, le pied était toujours inerte. L'excitabilité faradique redevint petit à petit normale, mais les muscles moteurs du pied gauche ne réagissaient que légèrement. On nota pendant le cours de cette maladie, surtout dans les premiers temps, de fortes contractions des muscles du membre inférieur gauche, principalement la nuit, pendant le sommeil. Il ne se produisit jamais de troubles trophiques. Le point intéressant de cette myélite est dans son étiologie. Il ne semble pas douteux qu'il y ait eu un foyer circonscrit de myélite à la por-

tion dorsale de la moelle, l'hystérie n'est pas en cause. Du reste, on hypnotisa la malade sans résultat. L'auteur admet que ce foyer de myélite est dû à l'infection blennorrhagique. Il a fait des recherches bibliographiques qu'il reproduit au grand complet. Je ne peux le suivre dans cette partie de son travail, je ne citerai que quelques-uns des travaux qu'il analyse, les plus importants ; ainsi les expériences de Vidal et Besançon : injections de cultures de spectrocoques à des cobayes qui meurent paraplégiques, la moelle est altérée. Expériences analogues de Thoinot, avec des cultures de bacterium coli, résultats semblables. Communication de Grasset au congrès de Bordeaux, sur l'action des infections diverses sur la moelle, etc... Les observations du professeur Raymond : blennorrhagie, arthrite du genou gauche, atrophie musculaire généralisée, cachexie et mort par myélite, etc...

Tous ces travaux, ces expériences, ces observations démontrent que le processus blennorrhagique, dit l'auteur, peut se généraliser et se localiser ensuite sur beaucoup d'organes et qu'il n'épargne pas la moelle. Mais quelle est la pathogénie des accidents médullaires de la blennorrhagie ? Le gonocoque a la propriété de provoquer de graves lésions dans les organes revêtus de muqueuses, le microbe et les toxines qu'il produit, peuvent facilement traverser l'épithélium des muqueuses altérées, pénétrer dans les tissus et être entraînés ensuite par le courant sanguin ou lymphatique dans les parties les plus éloignées de l'organisme, d'où l'infection générale de celui-ci et la production de foyers divers dans la moelle et ailleurs. En réalité, le revêtement épithélial des muqueuses offre le plus souvent un obstacle insurmontable au passage des microbes, mais enfin il arrive aussi, pour une raison ou pour une autre, que cet obstacle soit franchi et l'infection se produit. Il faut, en résumé, se garder d'envisager la blennorrhagie, malgré l'opinion de certains auteurs, comme une affection toujours locale. (*Rivista clinica e terapeutica*, Naples, 1896, n° 3.) CAMUSET.

XLIV. HYSTÉRIE. SOUFFLE CARDIAQUE NERVEUX. ŒDÈME DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES; par le professeur de RENZI, de l'Université de Naples. (Clinique du professeur de Renzi.)

OBSERVATION. — Jeune fille de vingt-trois ans, réglée depuis l'âge de dix-huit ans. Bonne santé habituelle jusqu'au début de la maladie actuelle, qui remonte à trois ans et qui fut marqué par une douleur à la région précordiale. Depuis quelque temps, attaques convulsives qui se répètent tous les soirs. Actuellement : embonpoint conservé, lèvres cyanosées, les joues et les extrémités sont violacées. Œdème considérable des pieds et des jambes avec température très basse de la peau. A l'auscultation du cœur, souffle systolique fort et prolongé, plus accentué à la pointe. Foie et rate

normaux. Urines normales. Réflexes patellaires exagérés, les autres réflexes normaux. L'attaque convulsive du soir dure une ou deux heures. Toutes les formes de la sensibilité sont intactes, si ce n'est la sensibilité à la douleur qui est très vive. La malade se plaint de faiblesse dans les membres inférieurs, de céphalalgie frontale et d'une sensation d'étranglement. Hyperesthésie ovarienne. Facultés intellectuelles bien développées. Caractère extraordinairement mobile, la malade passe avec la plus grande facilité de la tristesse à la joie, d'un mutisme persistant à une loquacité intarissable.

La question est de savoir si le souffle cardiaque et l'œdème des membres inférieurs dépendent d'une affection cardiaque ou de l'hystérie seule. Le souffle indiquerait une insuffisance mitrale, mais alors le cœur devrait être hypertrophié. On ne peut songer à un souffle anémique, le sang examiné ayant été trouvé normal.

Le professeur Renzi diagnostiqua donc un *souffle nerveux*, pour lui le cœur est sain. — Il a précisément décrit le souffle nerveux dès 1878. — L'œdème également est d'origine nerveuse, s'il tenait à une lésion du cœur, comme il est considérable, il y aurait hypertrophie de l'organe et stase sanguine dans le foie et dans les reins, or ces viscères sont absolument sains. La suite de la maladie prouva, du reste, que le diagnostic était exact, il s'agissait bien, en effet, d'un souffle cardiaque nerveux et d'un œdème bleu hystérique. (*Rivista clinica e terapeutica*, Naples, 1896, n° 5.) C.

XLV. Sur la paralysie diphtéritique ; par W. Goodall. (*Brain*, été et automne 1895.)

De 1892 à 1893, l'auteur a observé à Eastern Hospital 1,071 cas de diphtérie. Sur ce nombre 362 malades sont morts avant d'avoir eu le temps de devenir paralysés. Sur les 709 cas restants, il y a eu 125 paralysies dont 17 mortelles. Parmi ces 125 cas le sexe était masculin 55 fois et féminin 70 fois; 96 malades avaient moins de dix ans; 25 étaient entre dix et vingt ans, 3 entre vingt et trente, et un seul entre quarante et cinquante. La maladie n'a jamais débuté avant le septième jour et jamais après le quarante-neuvième. Les fausses membranes avaient presque toujours disparu avant l'application de la paralysie; dans 10 cas seulement elles duraient encore. La paralysie a débuté par le voile du palais seul 67 fois, par le palais seul ou accompagné 75 fois. Elle a été très limitée dans 66 cas et très généralisée dans 16 cas. La paralysie ciliaire, qui a pu échapper chez les très jeunes sujets, a été trouvée 56 fois; celle des membres inférieurs 52 fois; des muscles de l'œil 26 fois; des membres inférieurs 21 fois; du larynx 11 fois; du diaphragme 10 fois. Celle des nerfs vagues est rare. F. Boissier.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. Sur un cas de tumeur cérébrale et sur les rapports des tumeurs du cerveau avec les troubles psychiques; par le Dr Luhrmann. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, t. LII, fasc. 4.)

Les tumeurs du cerveau peuvent donner lieu à des troubles psychiques dont la physionomie clinique est bien différente. Dans la plupart des cas on constate un affaiblissement intellectuel plus ou moins considérable, de l'hébétude avec des périodes d'excitation ; plus rarement se manifestent des états de confusion avec hallucinations. Quand les signes ordinaires des lésions en foyer du cerveau font défaut ou sont peu accentuées, une erreur de diagnostic peut aisément être commise.

L'auteur rapporte un cas dans lequel une tumeur cérébrale a pu, pendant plusieurs mois, simuler une psychose aiguë, un état de confusion hallucinatoire avant qu'on ait pu établir un diagnostic exact. Il s'agit d'un jeune homme robuste qui, six ans après avoir eu la syphilis, est pris subitement d'une attaque convulsive ; celle-ci ne laisse pas de traces. Mais une deuxième attaque survient, qui est suivie de troubles psychiques (inquiétude, anxiété). Un accès de confusion aiguë éclate qui dure quatre mois et nécessite l'internement du malade. Pendant cette période il passe d'abord par une phase d'excitation maniaque, plus tard il est déprimé. Enfin il paraît en voie de guérison quand une rechute se produit et alors se manifestent des symptômes caractéristiques d'une lésion en foyer (maux de tête, parésies, troubles de la parole). Ces symptômes disparaissent sous l'influence du traitement antisyphilitique et à l'obtusion due à la compression du cerveau succède un accès naniaque qui dure quelques mois et se termine par la guérison.

De cette observation l'auteur conclut qu'une tumeur du cerveau peut rester longtemps sans provoquer des symptômes cérébraux puis peut simuler une psychose aiguë. Chez le sujet en question la tumeur existait dès le début des troubles psychiques et ne s'est pas montrée consécutivement à leur apparition, c'est ce que démontre l'apparition de phénomènes convulsifs avant l'éclosion de la psychose. On peut conclure aussi de cette observation que certaines lésions en foyer du cerveau sont capables de déterminer certains troubles psychiques et plus particulièrement des états maniaques.

On a cherché récemment à expliquer l'aspect clinique particulier de ces symptômes en foyer, comme on l'a fait pour les symptômes somatiques.

Westphal a signalé l'humeur fantasque de ces malades ; Bernhardt insiste sur l'allure enfantine et le langage puéril des sujets porteurs d'une tumeur de la région antérieure : il note aussi une tendance au sommeil. Jastrowitz déclare qu'il est une forme de trouble psychique, un état de démence avec excitation et exubérance (*moria*)qu'il n'a rencontré que dans les cas de tumeur des circonvolutions frontales. Le malade observé par M. Lührmaun présentait lui aussi, dans la seconde période de sa maladie, une forme d'excitation maniaque avec tendances aux plaisanteries et à toutes sortes d'actes puérils.

Dans le cas en question peut-on penser à une tumeur siégeant dans la région antérieure du cerveau ? Ce qui permet de l'admettre ce sont les violents maux de tête siégeant au niveau de la tempe gauche, la sensibilité très accusée à la percussion d'une région limitée au niveau de la tempe gauche, les phénomènes de parésie (troubles de l'articulation, parésie dans le domaine du nerf facial droit et de l'hypoglosse). Le siège de la tumeur paraît donc avoir été dans l'hémisphère gauche au niveau des circonvolutions frontales. P. Sérieux.

II. Un cas de lésion de la bandelette optique et du pédoncule cérébral; par le Dr E. Mahaine. (*Journ. de Neurol.*, 1896, n° 10.)

Observation d'un jeune homme de vingt-sept ans, n'ayant pas eu la syphilis, chez lequel s'établit lentement, sans convulsions, une hémianopsie droite puis une hémiparésie droite avec contractures. Du côté parésié les réflexes sont exagérés mais la sensibilité est innervée dans tous ses modes. Aucun stigmate d'hystérie. Réaction hémiopique de la pupille à la lumière. Bien qu'il n'y ait pas eu d'autopsie, l'auteur se voit autorisé à placer le siège de la lésion au niveau de la bandelette optique et du pédoncule cérébral du côté gauche et voit qu'il s'agit d'un tubercule. G. Deny.

III. L'apophyse styloïde chez les anormaux et chez les normaux ; par M. A. Zoccarelli. (L'*Anomalo*, novembre et décembre 1895, Gennaio 1895.)

L'auteur ayant remarqué que certains crânes, parmi ceux qui composent sa collection, étaient pourvus d'apophyses styloïdes très volumineuses, sans qu'ils aient appartenu pour cela à des sujets avancés en âge, se rappelant en outre que ces apophyses donnent insertion à des masses musculaires particulièrement développées chez les criminels, pensa qu'une étude comparative de ces apo-

physes pourrait donner des résultats intéressants. En effet, il résulte de ses recherches que l'apophyse styloïde est surtout développée, en longueur et en épaisseur, chez les criminels, et en général chez les anormaux. C.

IV. Plagiocéphalie et asymétrie en général, fréquence, degrés, extension; par M. G. Zuccarelli. (L'*Anomalo*, novembre et décembre 1894, Gennaio 1895.)

Au début de l'anthropologie criminelle moderne, les adversaires de l'Ecole prétendaient que les stigmates physiques n'avaient aucune valeur parce qu'on les trouvait aussi bien sur les criminels que sur les non criminels. On fit facilement justice de cette objection en démontrant que les stigmates s'observaient avec une bien plus grande fréquence chez les criminels que chez les non criminels. Mais il ne faut pas considérer seulement la fréquence des signes anthropologiques, il faut considérer aussi leurs divers degrés, c'est-à-dire noter s'ils sont profonds, superficiels, s'ils sont plus ou moins prononcés, etc. Pour la plagiocéphalie en particulier, il faut voir si elle ne se complique pas de *plagiprosopie* (si elle s'étend à la face). Voici du reste les principaux principes qui doivent guider l'observateur : on doit négliger les signes anthropologiques *très légers*, parce qu'ils sont très fréquents chez les normaux, la nature a pour ainsi dire horreur de la symétrie parfaite. Les signes *légers* doivent êtres pris en considération s'ils sont multiples. Les signes *plus prononcés d'un degré* doivent être notés, même s'ils sont isolés. Les signes *très prononcés* ont une grande valeur clinique, laquelle augmente encore s'ils sont accompagnés d'autres stigmates siégeant sur d'autres parties du corps. — Il faut enfin tenir grand compte du degré d'extension de l'anomalie, et c'est ainsi qu'on doit admettre, par exemple, une plagiocéphalie frontale ou antérieure; une plagiocéphalie occipitale ou postérieure ; une plagiocéphalie fronto-pariétale ; une plagiocéphalie occipito-pariétale; une plagiocéphalie hémicraniale. Chacune de ces plagiocéphalies peut être droite ou gauche, elle peut aussi être compensée ou ne pas l'être. Elle peut enfin être limitée au crâne seul, ou s'étendre à la face (plagioprosopie), au thorax, à tout le tronc. C.

V. La lésion de l'ostéite déformante de Paget; par MM. Gilles de la Tourette et Marinesco. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1895, n° 4.)

L'auteur a déjà émis l'hypothèse que les altérations osseuses de la maladie de Paget étaient des troubles trophiques dépendant de lésions médullaires. Il donne, dans cet article, les résultats de deux autopsies nouvelles de malades atteints de l'ostéite de Paget et il

termine par cette conclusion : Ces cas nouveaux n'infirment ni ne corroborent notre opinion ancienne dont la consécration réclame de nouveaux faits.

1[re] *autopsie.* — La moelle semblait normale à l'œil nu, on ne l'a pas examinée au microscope à l'état frais. Après l'avoir durcie, on trouve des lésions des cordons postérieurs qu'aucun trouble, pendant la vie, n'avait pu faire prévoir. En effet, sur toutes les coupes on voit dans les cordons postérieurs, avec raréfaction légère des fibres nerveuses avec un peu d'épaississement du tissu de soutènement. Ce n'est pas cependant une véritable sclérose. La zone radiculaire moyenne est partout respectée. Le reste de la moelle semble intact sauf cependant une certaine raréfaction encore des fibres à myéline dans les cordons latéraux.

2[e] *autopsie.* — Les nerfs périphériques sont à l'œil nu, considérablement augmentés de volume. La moelle présente les mêmes altérations que celles trouvées dans l'autopsie précédente, et en plus, une congestion considérable de la substance grise antérieure et postérieure. Quant aux nerfs hypertrophiés, ils ont leurs fibres nerveuses normales, mais ils sont œdématiés et leur tissu conjonctif est hyperplasié. C.

VI. La pelade post-épileptique; par M. Ch. Féré, médecin de Bicêtre. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1895, n° 4.)

Les troubles trophiques du système pileux, à la suite de chocs nerveux, ont été observés principalement sous forme de canitie, mais aussi sous forme d'alopécie.

M. Féré a souvent observé, chez les épileptiques de Bicêtre, des plaques de pelade qui guérissaient généralement vite et sans traitement. On peut supposer que ces troubles trophiques sont d'origine nerveuse, mais il est difficile de le démontrer. Pourtant, quand les attaques sont rares et que la pelade apparaît peu après l'une d'elles, on a quelque raison de croire qu'il y a entre la crise et la pelade une relation de cause à effet. Voici deux observations qui rentrent dans cette catégorie d'exemples démonstratifs.

Un ancien épileptique qui, depuis qu'on le traitait avec les bromures, ne tombait plus que tous les deux, trois ou quatre mois, qui en revanche avait alors plusieurs attaques très rapprochées et très violentes, resta une fois quatre mois et demi sans aucune manifestation comitiale. Il eut ensuite quatre grandes crises en moins de vingt-quatre heures, à la suite desquelles il dut garder le lit. Au bout de deux jours on s'aperçut que son oreiller était couvert de cheveux et on constata qu'il était porteur de plaques de pelade, lesquelles s'étaient produites rapidement. Elles guérirent seules en quelques semaines. — La seconde observation a la plus grande analogie avec celle que je viens de résumer. C.

VII. Infantilisme chez la femme; par M. Henry Meige. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1895, n° 4.)

Le terme *infantilisme* doit être réservé pour désigner un syndrome morphologique caractérisé par la conservation, chez l'adulte, des formes extérieures de l'enfance, et la non-apparition des caractères sexuels secondaires. L'infantilisme s'observe toujours chez les individus dont l'appareil sexuel a subi un arrêt dans son évolution. Il est congénital ou acquis, quand l'arrêt de développement est extra-utérin. On connaît les signes de l'infantilisme : face arrondie, lèvres charnues, visage glabre, torse cylindrique, membres potelés, etc. L'infantilisme existe isolé ou associé à d'autres affections dystrophiques dont les plus connues sont le myxœdème infantile le nanisme, l'idiotie, etc. Un état mental infantile accompagne toujours la malformation corporelle. L'infantilisme existe chez la femme comme chez l'homme. Suit l'observation intéressante d'une femme de trente-un ans atteinte d'infantilisme.

L'infantilisme n'est pas la seule anomalie morphologique qui s'observe chez la femme, à la suite de malformations génitales. Au féminisme qui apparaît chez le jeune homme, correspond chez la femme une anomalie inverse, le *masculisme* ou *virilisme*. Cette forme corporelle est caractérisée par l'adjonction des attributs sexuels secondaires du mâle chez un individu du sexe féminin.

C.

VIII. Malformation des organes génitaux. Infantilisme et féminisme chez un épileptique ; par M. P.-C.-J. Van Brero, médecin de l'asile des aliénés à Buitenzorg (Java). (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1895, n° 4.)

Observation. — Jeune Javanais de vingt-deux ans, épileptique, un peu dément. Le corps est allongé et enveloppé de graisse, peu musclé, figure ronde, imberbe, la peau est glabre partout, il n'y a de poil nulle part. Taille 1m,59. Le crâne est asymétrique. Voix d'enfant. Bassin large, fesses bien développées. Organes génitaux atrophiés. Ils sont surtout déformés, et par suite de la soudure de la peau de la verge avec celle du scrotum, ils rappellent les organes génitaux de la femme. — Il s'agit donc, en somme, d'un de ces cas que M. Paul Richer rattache à l'hermaphrodisme antique. — Mais aucune description ne saurait remplacer la photographie du sujet qui est jointe à l'article de M. Van Brero. C.

IX. Sur un cas de fragilité des os ; par le Dr Eyman.

On a déjà signalé dans les maladies chroniques du système nerveux central, et particulièrement dans la folie, des changements

morbides du côté du système osseux, qui augmentent la fragilité des os, surtout des côtes, et exposent les malades à des fractures, à l'occasion du plus léger traumatisme.

Les conditions pathologiques de ce processus sont encore assez obscures : peut-être y a-t-il là des troubles trophiques dus à des modifications du système sympathique ou bien ces troubles sont-ils plus directement en rapport avec les altérations des cordons postérieurs.

Dans l'observation relatée par l'auteur, il s'agit d'un malade atteint de délire mélancolique et qui reçut d'un autre malade un coup de pied sur la poitrine. Le coup de pied avait été donné avec le pied nu et le malade ne parut pas sur le moment être incommodé de ce traumatisme. Toutefois il fut obligé de s'aliter, puis déclina rapidement et mourut cinq jours après cet accident.

A l'autopsie on trouva dix-neuf fractures de la cage thoracique. Le nombre et la localisation de ces fractures diverses n'avait pu être diagnostiqué pendant la vie. (*American journal of insanity*, janvier 1896.) E. BLIN.

X. L'ACTION DU LIQUIDE THYROÏDIEN SUR LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL ; par le Dr HASKOVEC.

Au moyen de nombreuses expériences kymographiques, l'auteur a pu constater qu'un ou deux centimètres cubes de liquide thyroïdien produit, après l'injection intraveineuse, l'accélération du pouls et une diminution de la pression sanguine intra-artérielle. L'accélération du pouls paraît être un effet de l'excitation du centre des nerfs accélérateurs dans le bulbe.

Quant à la diminution de la pression sanguine intra-artérielle, elle n'est pas exclusivement d'origine bulbaire et peut dépendre aussi, ou bien des centres spinaux, ou bien de la périphérie même. (*Revue Neurologique*, avril 1896.) E. B.

XI. SUR L'ORIGINE DE L'AMYOTROPHIE TABÉTIQUE ; par le Dr E. SCHAFFER.

L'auteur cherche la cause de la divergence des opinions des auteurs relatives à l'origine de l'amyotrophie tabétique, dans ce fait que les méthodes tinctoriales employées jusqu'à présent étaient seulement capables de déceler les degrés les plus élevés de l'affection cellulaire.

Avec la méthode de Nissl, on peut, à l'heure actuelle, déceler des altérations fines et primitives de la cellule. Ce sont précisément ces altérations fines et primitives que l'auteur a rencontrées dans un cas de tabes : aussi place-t-il la cause de l'amyotrophie tabétique dans l'affection des cellules trophomotrices des cornes antérieures.

Si l'on trouve dans le tabes des altérations périphériques remarquables, c'est que le trouble résultant des altérations les plus primitives, dites dynamiques, des cellules trophomotrices, se montre à la périphérie quant à la nutrition. Quant à l'innervation, l'affection lente du centre trophique ne produit pas l'altération des fibres nerveuses périphériques dans toute leur longueur, de la cellule jusqu'aux terminaisons, parce que le trouble trophique résultant de la diminution de l'énergie vitale de la cellule nerveuse se montre au point le plus périphérique ; mais que l'affection cellulaire s'accentue, et les changements de la périphérie se répandront aussi en direction cellulipète.

M. Schaffer propose de distinguer deux catégories d'affections de la corne antérieure : 1° la vulgaire poliomyélite, maladie aiguë, détruisant d'une manière véhémente et complète non seulement les cellules mais aussi tous les autres éléments histologiques de la corne antérieure : c'est une affection du centre trophique, qui produit l'altération de la voie motrice périphérique en toute sa longueur. L'expression clinique de cette forme, c'est l'amaigrissement rapide, les secousses fibrillaires et la réaction de dégénérescence ;

2° Des affections de la corne antérieure débutant par des altérations très fines, difficiles à prouver au début avec le microscope. Ces affections sont quelques formes de la myopathie, des amyotrophies toxiques, et l'amyotrophie tabétique.

L'expression clinique de ces altérations lentes et progressives des cellules, c'est l'amyotrophie, qui ne montre ni secousses fibrillaires ni réaction de dégénérescence. (*Revue Neurologique*, février 1896.)

E. B.

XII. De l'influence de l'inanition sur les animaux nouveau-nés et en particulier sur le poids et le développement de l'encéphale ; par W. de Bechterew. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

1° Plus tôt l'on commence l'inanitiation de l'animal nouveau-né, plus vite il succombe ; 2° Quand on tolère l'ingestion d'eau, les animaux paraissent pouvoir se maintenir plus longtemps ; un petit chien dura au moins trente jours ; 3° Dans quelques cas le poids du corps commence à baisser dès le premier jour, et cela progressivement jusqu'au jour de la mort pendant lequel il décroît rapidement. Quand l'abstinence est commencée dans les premières heures qui suivent le part, le poids décroît progressivement et sa chute subit une descente brusque avant la mort ; 4° Plus le nouveau-né est jeune, moindre est la perte absolue (pourcentage) du poids par la mort d'inanition ; 5° Si l'on tient compte, dans les calculs, du rapide accroissement des organismes durant les premiers jours qui suivent le part, la perte en poids du nouveau-né

inanitié semble colossale comparée aux nouveau-nés normalement nourris de la même portée ; 6° Chez les animaux nouveau-nés inanitiés, tous les organes prennent plus ou moins part, cerveau compris, à la déchéance pondérale. Celle de l'encéphale est cependant proportionnellement moindre que celle des autres organes. La déchéance pondérale la plus forte appartient, entre toutes les parties de l'encéphale, aux hémisphères cérébraux, c'est la cervelle qui souffre le moins. Toutes les déchéances viscérales paraissent plus grands, lorsqu'on compare le poids des nouveau-nés inanitiés à celui des animaux normalement nourris de la même portée ; 7° L'encéphale de tous les nouveau-nés inanitiés paraît, à l'autopsie, fortement hypérémié ; sa consistance est plus faible, il exhale une odeur *sui generis* qui rappelle celle des gaz de la putréfaction, et cela, alors même qu'on a soin de pratiquer l'autopsie dès que l'animal a rendu le dernier soupir. La substance grise est particulièrement hypérémiée ; 8° Au microscope, on y trouve des altérations histologiques propres à la mort par inanition, c'est-à-dire la névrose par coagulation, désagrégation de la myélite, retard dans le développement des manchos myéliniques pour les systèmes dont le développement n'était pas encore commencé avant la période d'inanitiation ; 9° En outre l'ouverture palpébrale s'effectue moins vite, plus tard aussi se manifeste l'excitabilité des centres corticaux moteurs ; 10° D'après l'observation correspondante d'un assez grand nombre d'enfants nouveau-nés morts d'abstinence et d'épuisement, ces résultats (sauf ceux du § 9) peuvent s'appliquer à l'espèce humaine. P. K.

XIII. Contribution a l'anatomie pathologique de la névralgie du trijumeau ; par A. Sœnger. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Cinq observations de malades auxquels après avoir successivement réséqué plusieurs branches du trijumeau, on dut recourir à l'extirpation du ganglion de Gasser qui seule mit fin aux crises douloureuses. L'examen anatomique de l'organe révèle soit une lésion scléreuse, soit une dégénérescence amyloïde des cellules, et dans tous les cas, l'atrophie des fibres et cellules. P. K.

XIV. Des convulsions et de l'amnésie observées chez les pendus ramenés a la vie ; par Luhrmann. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, t. LII, f. 1, p. 185-195.)

Après le retour à la vie de sujets pendus on observe parfois des convulsions, de l'amnésie, des troubles psychiques passagers, et l'amélioration de psychoses antérieures. Ces faits ont été étudiés en Allemagne par J. Wagner, V. Hofmann, Mœbius. Wagner prétend que les convulsions et l'amnésie sont dues aux modifications

produites dans le cerveau par l'asphyxie et par la compression des carotides ; il les considère donc comme causées par une excitation physique du cerveau. Mœbius pense que cette interprétation ne peut être appliquée à tous les cas, mais de l'examen des cas antérieurement publiés et de ses propres observations il conclut qu'il s'agit parfois d'hystérie traumatique; il tient donc les manifestations ci-dessus (crampes et amnésie) pour des troubles hystériques, c'est-à-dire d'origine psychique. Mœbius, à la théorie mécanique de Wagner, oppose une manière de voir qui fait des émotions accompagnant la pendaison le facteur principal.

Seydel a publié récemment un nouveau cas qui porte à 27 le nombre des observations connues, et qui ne paraît pas devoir être rattaché à l'hystérie. L'auteur rapporte deux cas personnels. Un des sujets fut pris, après sa tentative de pendaison, de convulsions généralisées qui durèrent environ une heure et demie et s'accompagnèrent de perte des réflexes pupillaire et cornéen, de perte de la conscience et d'émission involontaire d'urine. L'amnésie fut complète, jusqu'au lendemain, pour la tentative de suicide et les événements qui la suivirent. L'autre patient eut, après la pendaison, deux attaques de plusieurs minutes de durée séparées par un court intervalle; l'amnésie s'étendit à la tentative de suicide et aux incidents consécutifs.

Les attaques observées chez le premier malade présentaient les symptômes cardinaux d'un accès dû à une excitation physique du cerveau, d'une manifestation épileptique (perte du réflexe cornéen, des réflexes pupillaires, abolition de la conscience; émission involontaire d'urine, hyperthermie 38°,2). Il faut noter cependant que la crise avait été caractérisée par une crise de larmes. S'agissait-il d'hystérie ? L'hérédité du malade est chargée; mais on n'a pas relevé chez lui de stigmates hystériques. L'auteur conclut en définitive à l'hypothèse qui fait des accès convulsifs et de l'amnésie des phénomènes relevant d'une altération mécanique subie par le cerveau.

Pour le deuxième sujet, il n'en est pas de même. L'hystérie paraît être en cause. Le patient a eu antérieurement des attaques paraissant de nature hystérique; il présente des troubles caractéristiques de la sensibilité ; l'accès consécutif à la pendaison n'a pas eu la soudaineté des manifestations épileptiques; le malade se laissait tomber à terre et l'inconscience n'était pas totale. Quant à l'épilepsie alcoolique elle peut, chez les deux sujets, être éliminée.

L'auteur pense que l'interprétation de Wagner, qui nie la nature hystérique des accès convulsifs et de l'amnésie chez les pendus rappelés à la vie, doit s'appliquer à la majorité des cas. Mais il en est qui sont susceptibles d'une explication différente et qui doivent être attribuées à l'hystérie. Il importe aussi de se rappeler qu'on a

observé d'autres signes d'hystérie (hémianalgésie et rétrécissement du champ visuel) après des tentatives de strangulation.

L'auteur rapporte enfin l'observation d'un mélancolique qui, rappelé à la vie après une tentative de pendaison, parut très obnubilé pendant plusieurs jours et perdit la mémoire de sa tentative et de la période consécutive. Il n'y eut pas d'accidents convulsifs.

Dans les trois cas dont il s'agit l'amnésie rétroactive n'a pas été très étendue puisqu'elle ne porte que sur la tentative de suicide. Mais chez certains sujets la lacune de la mémoire a été plus considérable et a porté sur plusieurs heures antérieurement à l'acte. Il est important de ne pas oublier, au point de vue médico-légal, l'existence de cette période d'amnésie rétroactive ; les observations de Westphal et de Wagner sont à ce point de vue très démonstratives.

P. Sérieux.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET DES NEUROLOGISTES

Session de Nancy. — Excursions et visites.

Les membres du Congrès ont visité le vieil asile de Maréville le dimanche 2 août. Nous n'en ferons pas la description aujourd'hui. Peut-être, plus tard, donnerons-nous une idée des constructions faites dans ces dernières années. La population de l'asile est de 1,708 malades, dont 801 hommes et 827 femmes. Dans ce nombre figurent 16 enfants (8 garçons et 8 filles).

Lorsque nous avons visité l'asile en 1886, il y avait 150 goitreux. Il paraît qu'il n'y en a plus que 23 (17 femmes et 6 hommes). L'asile renferme 229 aliénés de la Seine (119 hommes et 110 femmes). Le personnel de l'asile se compose d'un directeur administratif, M. Denizet, de deux médecins en chef, M. le Dr Paris, notre distingué collaborateur et M. le Dr Vernet, qui a rempli, avec beaucoup de zèle, les fonctions de secrétaire général du Congrès, enfin de 4 internes, nommés par un con-

cours sur titres[1]. Il n'y a pas de pharmaciens; la pharmacie est faite par les religieuses, ce qui est contraire à la loi et paraît singulier dans un asile de plus de 1,700 malades[2].

L'*encombrement* existe aussi à l'asile. Il serait curieux de connaître le cube d'air des dortoirs. Partant, il y aurait danger d'augmenter encore le nombre des bâtiments. En effet, un jour viendra où les conseils généraux des départements des Vosges, de la Haute-Saône, du territoire de Belfort, comprendront qu'il est inhumain d'envoyer si loin de leurs familles, leurs aliénés et se décideront à construire un asile à eux, chez eux. Des asiles comme celui de Maréville, à mesure que leur population s'accroît, deviennent de moins en moins des asiles de traitement et le nombre des guérisons diminue. Le nombre des médecins est tout à fait insuffisant, il est impossible aux médecins même les plus dévoués de *traiter* 800 malades : c'est 4 médecins qu'il faudrait. Ils auraient encore plus de 400 malades, chiffre supérieur à celui que les médecins ont à soigner dans la plupart des autres pays.

Il est à regretter que l'administration de l'asile n'ait pas songé à faire distribuer aux congressistes une *notice* sur l'asile. les *rapports* médico-administratifs sur l'exercice 1895, un *plan* de l'asile et la *statistique détaillée* de la population et de sa répartition. Dans les précédents Congrès une partie de ces documents avait été remise à tous à l'arrivée dans l'asile. Mieux vaudrait les mettre à la disposition des membres du Congrès dès la première séance. Ils auraient le temps, *avant la visite*, de se faire une idée de l'asile et leur visite serait plus fructueuse. A Nancy, la tâche était facile. Il aurait suffi de réimprimer : 1° le *Mémoire historique, statistique et médical sur l'asile de Maréville*, publié par Archambault, en 1847, dans les *Mémoires de la Société des Sciences de Nancy ; 2° L'asile de Maréville, son état sanitaire et son régime alimentaire*, par le Dr J. Giraud;[3] 3° le règlement du service intérieur; d'y ajouter un exposé suc-

[1] Par suite de la situation de l'asile tout près d'une Faculté de médecins, il serait préférable d'organiser un concours avec des épreuves analogues à celles des internes de la Seine ou mieux des internes des hôpitaux de Nancy.

[2] Il n'y a pas non plus de pharmacien à l'hôpital civil. Les lacunes de ce genre donnent aux étrangers une singulière idée de notre organisation hospitalière.

[3] *Revue méd. de l'Est*, 1880.

cinct des constructions faites de 1880 à 1896, des améliorations réalisées durant la même période et de terminer par les derniers rapports administratifs et médicaux. Souhaitons que le Bureau du Congrès de 1897 se préoccupe de cette question et prenne, à temps, les mesures nécessaires pour pouvoir documenter les visiteurs de l'asile de Braqueville.

A midi, un banquet de soixante-douze couverts, offert aux congressistes par l'administration de l'asile dans le pensionnat Sainte-Anne, les a réunis dans cette construction encore récente et non encore terminée, établie sur un plateau, d'où l'on a une vue extrêmement pittoresque dans la plupart des directions. La vaste salle était ornée de drapeaux tricolores, les uns français, les autres russes. Le banquet était présidé par M. Stéhelin, préfet, ayant à sa droite M. Denizet, directeur de l'asile; à sa gauche, M. Demonet, président de la commission administrative de l'asile.

Au champagne, M. Stéhelin se lève. Dans une galante péroraison, il souhaite la bienvenue aux dames, les charmes et la parure de ce banquet, dit-il, qui inaugure si joyeusement le pensionnat Sainte-Anne. M. Stéhelin adresse de cordiaux remerciements aux maîtres de la science qui font partie du congrès. Les applaudissements couvrent la voix de M. le préfet; lorsque le silence est rétabli, il continue ainsi :

Si la maison où nous sommes est bien neuve, l'établissement dont elle relève est bien vieux, mais malgré son âge il n'a jamais connu un honneur égal à celui de votre visite; il a connu par contre des vicissitudes nombreuses dont l'histoire nous a gardé le souvenir.

Il y a exactement trois siècles, la charité privée élevait à Maréville un refuge pour les pestiférés. Après des fortunes bien diverses et cent cinquante ans plus tard, ce refuge devenait la « renfermerie » dont je vous parlais hier; l'hôpital se transformait en prison et cette prison s'appelait successivement : maison de correction et maison de fous.

Une société policée et barbare y enfermait sur lettres de cachet, par les ordres d'un prince ou la volonté des familles, les malheureux dont il lui plaisait de se défaire. Parmi eux se trouvaient des aliénés et ils étaient plus avantageusement traités que des criminels. On entendait, nous rapporte la chronique naïve et apeurée, on entendait au dehors « le bruit des fers et les cris des victimes[1] ».

[1] Cela rappelle le « Cri de la Salpêtrière ».

C'étaient bien là les bastilles des malades; elles furent forcées en même temps que la forteresse parisienne sous le souffle puissant de la Révolution et par le génie bienfaisant, énergique et doux du plus glorieux de vos précurseurs. C'est alors, en effet que Pinel ouvrait les portes des asiles à ceux qui ne pouvaient rentrer dans le monde sans péril pour lui; c'est alors qu'à Bicêtre et à la Salpêtrière il délivrait les déments de leurs chaînes et qu'on les relevait de leur dégradation. Maréville était bientôt obligé à son tour de rendre ses prisonniers et de ne conserver que les fous dangereux authentiques. A la même époque, la France, affranchie et délivrée, signait la Déclaration des Droits de l'homme, l'inaliénable patrimoine de nos libertés publiques.....

Après le discours de M. le préfet, M. Pitres se lève et exprime ses remerciements pour l'accueil sympathique fait aux congressistes à Nancy. Il ajoute que le souvenir de cette charmante journée ne s'effacera pas de la mémoire des assistants et dit qu'il est profondément ému en parlant de cet asile de Maréville, qui a tant intéressé les médecins aliénistes qui l'ont visité. Ce ne sont pas tant les circonstances d'ordre social dont a parlé M. le préfet, dit M. Pitres, qui nous touchent particulièrement; nous sommes surtout entraînés par le souvenir des savants qui ont étudié et fixé les types de la folie, et qui restent encore aujourd'hui des modèles. J'aime à penser que les traditions antérieures se perpétueront à Maréville, et que l'établissement continuera à marcher dans la voie de progrès où il s'est engagé. Il termine en portant un toast à M. le préfet, à M. le directeur, à M. le président de la commission administrative de l'asile, ainsi qu'aux médecins en chef de l'établissement.

M. Demonet, président de la commission administrative, prend à son tour la parole en ces termes :

Messieurs,

Je lève mon verre à la santé de M. Denizet, directeur de l'asile de Maréville et à celle des docteurs Paris et Vernet, médecins en chef de l'établissement. Je n'aurais jamais osé prendre la parole devant une assemblée si considérable, composée de savants illustres et de sommités médicales, si je ne regardais comme un devoir impérieux de rendre hommage, au nom de la commission de surveillance, à l'administration sage et éclairée de notre directeur, à la science et au dévouement de nos médecins en chef.

Certes, je n'oublierai pas le précieux concours apporté par M. le préfet. C'est son éloquence si persuasive, inspirée par sa grande

pitié pour nos malheureux frères dégénérés, qui a obtenu du conseil général de Meurthe-et-Moselle, les ressources importantes qui nous étaient indispensables.

C'est grâce à tous ces concours généreux, grâce au parfait accord qui existe entre l'administration du département, les services de l'asile et la commission de surveillance, que nous avons pu réaliser à Maréville des améliorations si désirées ; que les vieux bâtiments, où l'air et la lumière pénétraient à peine, font successivement place à des constructions neuves, spacieuses et aérées où sont appliquées les règles d'une sage hygiène ; que le pensionnat de Sainte-Anne, non encore complètement terminé, mais dont la création était réclamée depuis longtemps par les familles des malades, a pu être édifié.

Malheureusement, nous le reconnaissons, il nous reste encore beaucoup à faire : amener des eaux de source en plus grande abondance ; développer les installations hydrothérapiques ; élever un *pavillon exclusivement réservé aux enfants ;* et tant d'autres choses encore !

C'est, guidés par les précieuses indications des inspecteurs généraux, par le dévouement éclairé de l'administration, par l'habileté professionnelle et la science de nos médecins, que nous poursuivrons sans relâche des améliorations dans tous les services. Aux médecins de soulager et guérir ; à nous, ignorants des sciences médicales, de rechercher les moyens d'assurer aux malheureux privés de la raison le plus de bien-être possible.

Je souhaite que partout, comme à Maréville, existe une entente aussi complète et aussi féconde entre l'administration, les médecins et la commission de surveillance. Je suis heureux de proclamer bien haut cette bonne harmonie qui règne ici, et je vous invite, messieurs, à boire à la santé de M. le préfet Stéhelin, de M. le directeur Denizet et de MM. les médecins en chef de l'asile, les docteurs Paris et Vernet.

Enfin M. le Dr Vernet remercie les précédents orateurs des paroles élogieuses qu'ils ont eue pour le personnel de l'établissement. Il termine en levant son verre en l'honneur du Dr Pitres.

L'excursion projetée à Luxeuil n'a pu avoir lieu. Elle a été remplacée par une visite aux hauts fourneaux et aciéries de Pompey, près Nancy. Les congressistes ont été reçus par le directeur, M. Fould, qui a tenu à leur faire visiter lui-même ses immenses usines et à leur donner chemin faisant tous les renseignements relatifs à leur fonctionnement. A la fin de cette visite, très intéressante non seulement au point de vue scientifique mais aussi au point de vue hygiénique et social,

M. Fould a offert un lunch à ses nombreux invités, enchantés des spectacles variés qui venaient de se succéder sous leurs yeux et de l'aimable accueil qui leur avait été fait.

BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 *juillet* 1896. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL MOREAU

Après lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance, il est procédé à l'élection de M. Soukanof, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou, candidat au titre de membre associé étranger.

M. B.

BIBLIOGRAPHIE.

III. *Manuel de séméiologie des maladies mentales à l'usage des médecins, des médecins légistes et des étudiants*; par le professeur Enrico MORSELLI. Vol. II (Examen psychologique des aliénés), p. VIII-852, avec gravures. — Vallardi éditeur, Milan 1895.

Le premier volume de cet ouvrage contenant l'examen anamnestique, anthropologique et physiologique des aliénés est aujourd'hui bien connu et dans les mains de tous les aliénistes. C'est une œuvre désormais classique. L'auteur nous en donne aujourd'hui la continuation dans le second volume consacré à l'examen psychologique des aliénés. On comprend qu'il me soit impossible, dans les limites assignées à ce compte rendu, d'exposer l'analyse complète d'un travail aussi important; je ne puis qu'en donner un aperçu très général qui, je l'espère, suffira à inspirer à nos lecteurs le désir de lire et de connaître en son entier un livre d'un caractère tout à fait original.

Il comprend deux chapitres qui représentent le quatrième et le cinquième de l'ouvrage entier. Dans le premier (séméiologie synthétique), se trouve exposée la manière de pratiquer l'examen psychologique complet d'un aliéné; dans le second (séméiologie analytique), l'auteur s'applique à classer et à coordonner les maté-

riaux fournis par l'examen psychologique du malade, d'après un schéma analytique des fonctions psychiques, de façon à permettre d'établir en quoi consistent les effets produits par la maladie ou l'anomalie mentale dans l'ensemble des éléments constitutifs de la personnalité.

Le premier de ces chapitres est divisé en trois sections dont l'une est comme une sorte d'introduction. L'auteur y insiste sur l'importance de l'examen clinique en psychiatrie, comme le seul capable de mettre en relief les symptômes spécifiques consistant essentiellement dans des altérations du processus mental. Ce qui ne veut nullement dire que les recherches par la méthode dite expérimentale soient à négliger totalement, mais à réduire à la place qui leur revient. A cet égard, je ne puis qu'applaudir à l'opinion du professeur Morselli, et comme lui je suis bien convaincu que c'est « se bercer d'illusions que de croire pouvoir connaître l'esprit humain avec le pléthismographe, le sphygmographe, le craniomètre, la balance, l'éprouvette et l'ophtalmoscope ». Je signalerai encore, comme un des chapitres les plus remarquables du volume, tout le développement des vues originales de l'auteur sur la nature de la folie, comme maladie ou anomalie de la personnalité humaine en tant que synthèse dernière d'un organisme sentant et réagissant.

La seconde section de ce même chapitre contient l'examen des différentes méthodes de recherches psychologiques en psychiatrie, la méthode objective (ou éjective pour employer le terme de l'auteur) étant la seule qui puisse être utile au clinicien ; puis l'exposé des cinq opérations méthodiques de la séméiologie psychiatrique, l'inspection, l'interrogatoire, les preuves matérielles (écrits, dessins, etc...), les preuves expérimentales, enfin l'enquête près des témoins journaliers.

Nous arrivons ainsi à une troisième section qui a trait aux données objectives, éjectives de l'examen psychique. L'auteur s'occupe d'abord des états psychiques et de leur expression, en comprenant sous cette dénomination tous les effets, transitoires ou permanents, de réaction, transformations ou traces d'un changement fonctionnel des centres psychiques. Quant aux éléments qui constituent l'expression d'un état psychopathique, ils dépendent des conditions fondamentales de l'organisme humain et se répartissent ainsi en cinq catégories : morphologiques, anatomiques, physiologiques, psychologiques et anthropologiques.

Puis vient l'étude détaillée de l'aspect extérieur de l'aliéné, de son attitude, de sa démarche, de sa physionomie et de la mimique émotionnelle ; celle du langage mimique, articulé, écrit ou figuré. Je ne fais que signaler ces différents paragraphes, très complètement traités, dont la lecture est des plus utiles au point de vue pratique. Il en est de même du suivant relatif à la conduite de l'aliéné,

qui est en même temps une des parties les plus originales du volume, que l'auteur semble avoir mis tous ses soins à traiter et où il s'est montré le plus personnel. Nous trouvons là un exposé très intéressant de la physio-psychologie, et des lois de la psychopathologie, des criterium qui serviront à l'examen de la conduite de l'aliéné, des différents facteurs morbides et des modifications de cette conduite en rapport soit avec l'unité systématique des tendances (dyspraxies générales), soit avec chaque tendance en particulier (dyspraxies en particulier).

Le second chapitre (cinquième de l'ouvrage entier) comprend l'étude des troubles élémentaires de l'esprit, classés en quatre grands groupes : 1° les conditions morbides de la conscience; 2° de l'intelligence; 3° des sentiments; 4° de la volonté.

Tel est le plan général du livre du professeur Morselli. Mais cette esquisse rapide ne peut donner qu'une idée bien imparfaite de son importance. Quand on l'a lu attentivement, on ne sait ce qu'on doit louer le plus, l'activité et la persévérance scientifiques de l'écrivain, l'étendue de son érudition tant en psychiatrie pure que dans les sciences afférentes, les vues élevées et originales, toujours suggestives, en même temps que le caractère pratique des méthodes qu'il expose, la clarté de ses descriptions.

C'est là en un mot une œuvre digne de son auteur, un des représentants les plus autorisés de l'Ecole italienne, et qui, à elle seule, eût suffi à lui assigner une place parmi les maîtres de la psychiatrie. J. SÉGLAS.

IV. *Le tremblement; étude séméiotique;* par le Dr PIERACCINI (de Maccrata).

Après avoir cité les définitions du tremblement en général données par différents auteurs (Mœbius, Littré, Picot), M. Pieraccini le définit : « Un mouvement involontaire permanent ou venant par accès d'assez longue durée, caractérisé par des oscillations spontanées, fréquentes et rythmiques, intéressant les muscles de la vie de relation, compatibles dans une certaine mesure avec les mouvements volontaires et se développant autour d'un certain axe de direction dans un plan unique. » Il s'attache à distinguer les tremblements des trémulations et des frissons. Il distingue le tremblement en *général* et *partiel;* parle du tremblement congénital dont il croit avoir observé un exemple et du tremblement par imitation.

En général, il a observé plus fréquemment le tremblement chez les prédisposés héréditaires, les convalescents, les débilités et les anémiques. Parmi les causes déterminantes, le typhus, les fièvres intermittentes invétérées, les excès sexuels, l'onanisme, les fatigues excessives, les émotions, la peur, les substances toxiques, les causes réflexes et les traumatismes.

La classification la plus rationnelle lui semble être celle qui divise les tremblements en *intentionnels* et en *non-intentionnels*, on y recourt pour simplifier le diagnostic et pour faire le diagnostic différentiel. Il critique les classifications de Mœbius, de Picot et celle de Demange, dont le principal défaut lui semble être d'avoir réuni dans le même groupe le tremblement sénile et celui de la paralysie agitante.

L'auteur distingue avant tout les *tremblements proprement dits*, ou *typiques, des trémulations localisées*. Dans un premier groupe dit *tremblements primaires*, il étudie successivement le tremblement sénile, le tremblement hystérique, les tremblements par intoxication (alcoolique, mercuriel, saturnin, etc.), avec graphiques à l'appui.

Dans un deuxième groupe : *tremblements secondaires* ou *symptomatiques*, il étudie la sclérose en plaques, la paralysie agitante, le goitre exophtalmique et les tremblements de quelques autres maladies nerveuses (polynévrites, tumeurs et commotions cérébrales, épilepsie, maladie de Friedreich, etc.). Sous le nom de tremblements localisés, il passe en revue le nystagmus, l'athétose, l'iris trémulant, le tremblement glosso-labié et des cordes vocales.

L'auteur résume dans les propositions suivantes la physio-pathologie des tremblements : 1° le mécanisme du tremblement ne peut être considéré comme le même dans tous les tremblements; 2° les tremblements sont en principe d'origine centrale, cérébrale et cérébro-spinale, rarement d'origine purement spinale; 3° la nature et le siège des lésions anatomiques ou fonctionnelles varient dans les divers tremblements; 4° ces lésions donnent naissance à un ensemble de faits paralytiques et spasmodiques qui, associés en différentes proportions, contribuent à déterminer les diverses modalités des tremblements.

Et, d'après Stéphan, il conclut : 1° que les manifestations du tremblement intentionnel de la sclérose multiple dépend de la localisation cérébrale de foyers sclérotiques; 2° que l'existence de foyers sclérostiques dans le thalamus optique provoque peut-être l'apparition du tremblement. L'auteur termine par quelques considérations sur le diagnostic différentiel, le pronostic et le traitement des tremblements. MARIE et MEDICI.

VARIA.

ASSISTANCE DES ÉPILEPTIQUES

Sous ce titre : « Outrages à un gendarme, l'*Impartial de l'Est* du 2 août, rapporte le fait suivant : Jean-Emile Venner, âgé de trente

ans, horloger à Nancy, a outragé le gendarme Volmard, qu'il avait rencontré sur le pont du chemin de fer de la rue de Mont-Désert le 27 juillet dernier. Un rassemblement s'était produit sur ledit pont autour de Venner, qui, étant ivre, occasionnait du scandale. L'un des passants dit tout à coup : « Voilà un gendarme ! »

— Je l'em... ! s'écria Venner, en s'approchant du gendarme Volmard, qu'il outragea grossièrement et bouscula, en menaçant de le faire révoquer. Le prévenu voulait emmener lui-même le gendarme devant son capitaine, afin, disait-il, de le faire punir sévèrement pour l'avoir interpellé et invité à aller se coucher.

Venner est un malheureux *épileptique* qui a plusieurs crises par jour ; son état l'empêche de se livrer au travail et il occupe ses loisirs à vendre des lunettes. Il n'a pas d'antécédents judiciaires et déclare qu'il ne se souvient pas le moins du monde de la scène du 27 juillet. Le tribunal le condamne à 16 francs d'amende.

Lutte contre l'alcoolisme.

Le 24 juin, dans la salle de la Société d'encouragement pour l'industrie, rue de Rennes, à Paris, avait lieu la séance générale de la *Société contre l'usage des boissons spiritueuses* (siège social, 5, rue de Pontoise, à Paris). On sait que cette société, fondée l'année dernière, a été la première en France à proclamer le principe très raisonnable de l'*abstinence des spiritueux* en préconisant au contraire l'usage exclusif et modéré des boissons fermentées. C'était un progrès manifeste sur les anciennes sociétés de Tempérance qui, n'ayant pas eu le soin d'assigner, chose difficile d'ailleurs, des limites précises à la modération, laissaient le champ libre pour les fantaisies de chacun. C'était d'autre part un tempérament aux intentions fort légitimes, mais trop absolues et difficilement acceptables quant à présent, des abstinents totaux désireux d'implanter, en notre pays de vigne, le régime exclusif de l'eau.

Cette façon nouvelle de comprendre la lutte contre l'alcoolisme a fait son chemin très rapidement et nous ne sommes pas surpris qu'elle ait rencontré la faveur du public. La tentative était d'autant plus intéressante qu'elle devait atteindre tout spécialement, en vertu des statuts de la société, la jeunesse française. L'une des formes de l'activité de cette société est, en effet, la création de *sections cadettes* dans les écoles, dont l'instituteur devient l'âme. C'est à elle que revient l'honneur d'avoir réalisé pratiquement la lutte scolaire contre l'alcoolisme.

Le Dr Legrain, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, présidait la réunion. Il a fait l'historique des travaux de l'année. Nous en avons retenu que la société compte 1,800 membres et 27 sections à Paris et en province (Nîmes, Montauban, Lorient, Le Havre,

Toulouse, etc.). Il existe déjà 13 sections scolaires. C'est un fort beau résultat, sur lequel nous nous faisons un devoir d'appeler l'attention de nos lecteurs. Il est urgent que tous les citoyens convaincus de l'imminence du péril favorisent des efforts aussi utiles. Nous rappellerons que la cotisation annuelle est de 1 franc seulement. La séance a été terminée par une conférence chaleureusement applaudie, faite par M. Mariller, professeur à l'école des Hautes-Etudes, sur le *rôle de l'Université dans la lutte contre l'alcoolisme*

Influence des émotions morales sur le physique.

Cette influence bien connue des médecins et qui explique la plupart des guérisons prétendues miraculeuses n'a pas échappé aux littérateurs. Nous en trouvons un exemple dans le livre d'Eugène Pelletan intitulé *La naissance d'une ville* (p. 172 et 179). L'un des personnages, le juge de paix, avait une *peur* épouvantable des orages. Il était venu de son château de la Chaillevette à Royan déjeuner chez son greffier. Un orage montait, s'annonçait menaçant. Il donna l'ordre d'atteler. Voici comment Pelletan raconte la cause de la *peur des orages* chez son juge.

« Le juge redoutait singulièrement cette révolution météorologique particulière au pays, car il possédait autrefois un père galant qui avait séduit une jeune fille et l'avait ensuite abandonnée. — *Tu ne mourras que par le feu du ciel*, avait crié la victime dans son désespoir.

« Or, à quelque temps de là, un bouvier conduisait son bétail, après une nuit d'orage, à la lisière des marais de Chenaumoine; il rencontra un cheval enfoncé jusqu'au poitrail dans une fondrière de la chaussée, et sur le cheval un cavalier immobile comme la statue du commandeur. Il reconnut le père de Jérôme Lalande; il l'appela, le cavalier ne répondit pas; il le tira par le bras, le cavalier roula d'un bloc sur l'herbe. Il était mort, le cheval était mort aussi; le corps de l'un, pas plus que le corps de l'autre, ne portait de trace de blessure; la justice en conclut que tous les deux avaient dû périr d'un coup de tonnerre. Depuis ce jour le juge de paix regardait la foudre comme une malédiction en quelque sorte héréditaire, d'autant plus qu'il avait le même péché que son père sur la conscience. Aussi, chaque fois que le ciel grondait, il courait chercher un refuge dans une cachette obscure pratiquée au fond de son alcôve... »

Le juge ordonna de faire atteler pour rentrer vite à la Chaillevette.

« La voiture arriva au château de Chaillevette, au moment où un violent coup de tonnerre annonçait l'ouverture de l'orage. Le juge bondit de sa prison, avec la légèreté d'un jeune homme ; la violence de l'émotion semblait avoir guéri sa *paralysie.* »

THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON (*Année scolaire* 1895-96), RELATIVES A LA NEUROLOGIE ET A LA PSYCHIATRIE.

M. Bouveyron (Alexandre) : *Des affections cérébrales d'origine obstétricale et de leur interprétation pathogénique.* — M. Gauthier (Jean) : *Du traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension.* — M. Chazalou (Joseph) : *Des ictus laryngés.* — M. Fache (O.-G.-J.) : *De la neurasthénie et de son traitement par les exercices physiques.*— M. Paloque (Paul) : *De la suggestion à l'état de veille. Neutralisation des dangers et influence favorable de l'agglomération des névropathes par son emploi thérapeutique.* — M. Colin (Jean) : *Contribution à l'étude d'une forme spéciale de vomissements nerveux.* — M. Serrigny (René) : *Psychoses génitales. Contribution à l'étude des troubles mentaux dépendant des affections utérines.* — M. Roux (Joanny) : *Des rapports de l'hémianopsie latérale droite et de la cécité verbale.*— M. Geysen (Hector) : *De la mort inopinée ou rapide chez les épileptiques.* — M. Auguin (Gabriel) : *Signification clinique du méningisme dans la grippe.* — M. Tiberi (Colbert) : *Le suicide dans l'hérédité mentale.*

FAITS DIVERS.

UN FOU DANGEREUX. — M. Bouteillier, commissaire de police, a débarrassé, hier après-midi, la ville de Clichy d'un fou, Jules Diot, âgé de quarante ans, cantonnier, qui, au moment de ses crises, constituait un danger pour la sécurité publique. Déjà, plusieurs fois, il avait tiré des coups de revolver par la fenêtre de son logement, situé 51, rue Martre, et lancé des pavés sur les gens qu'il rencontrait. Hier matin, travaillant tranquillement avec plusieurs ouvriers, à la démollition du vieux marché, il fut pris tout à coup d'une crise, et, saisissant un revolver dans sa poche, en tira quatre coups sur un de ses camarades de travail, M. Toussaint Damien, âgé de quarante et un ans, qui s'affaissa bientôt, la cuisse gauche traversée par une balle. Tandis que sur son désir on transportait le blessé à son domicile, 23, rue de la Providence, le fou s'enfuyait, passait

chez lui d'où il tirait de nouveaux coups de feu par la fenêtre, puis prenait la fuite sans qu'on pût retrouver sa trace.

L'après-midi, tandis que quatre agents étaient réunis au rond-point du boulevard Victor-Hugo, notre homme s'embusquait derrière un kiosque de journaux, et de là tirait sur eux six coups de son arme, sans heureusement atteindre personne. Cela fait, il s'enfuyait dans la direction du pont de Levallois, où il put être rejoint par les gardiens de la paix. Conduit devant M. Bouteillier, ce magistrat, après l'avoir interrogé, n'a pas hésité à l'envoyer à l'infirmerie du Dépôt. (*La Justice*, 18 août 1896.) — Cet envoi, fait en temps opportun, aurait évité ces graves accidents. On conçoit difficilement que cette mesure n'ait pas été prise plus tôt.

Suicide d'un enfant de treize ans (*Epinal, 5 juillet*). — « Le nommé Emile Cremel, âgé de treize ans, demeurant chez ses parents, cultivateurs à Vaudeville, a été trouvé pendu à une poutre du grenier à fourrages de la maison qu'il habitait. La veille, ce jeune garçon, qui avait travaillé à la vigne depuis le matin, était revenu à la maison vers quatre heures du soir pour soigner le bétail et, sans être vu de personne, était monté au grenier où il avait mis fin à ses jours. On ignore quels sont les motifs qui l'ont poussé à se donner la mort; on croit que c'est dans un accès de folie subite qu'il a pris cette fatale résolution; il ne paraissait pas jouir, du reste, de la plénitude de ses facultés. » (*La Justice*, du 7 juillet).

Les aliénés en liberté. — On annonce que lady Mary Bligh, la troisième fille du comte de Darnley, vient de se noyer dans un étang à Cobharn-Park, près de Grayerend. Il paraît que la malheureuse jeune fille était depuis longtemps en proie à des accès de mélancolie. (*La Justice*, 9 juillet.)

Assistance publique des épileptiques. — Sous ce titre : *Un mari assassin*, la *Justice*, du 30 juillet, publie la dépêche suivante de Reims : « Un crime abominable a été commis hier soir dans la rue de Cormicy. Là, habitait la famille Lecot : le mari, âgé de vingt-quatre ans, ouvrier paveur; la femme, âgée de vingt-trois, et leur petite fille, qui vient d'avoir deux ans. Vers dix heures et quart, Lecot rentra ivre au logis et, tout en soupant, chercha querelle à sa femme. La discussion devint bientôt des plus violentes, et des voisins déclarent avoir entendu Lecot dire à sa femme : « Tu vas y passer! Si tu ne veux pas mourir, sors! » Une demi-heure après, Lecot sortait de chez lui en criant : « Au secours! ma pauvre femme vient de se tuer! » Et il courait au commissariat voisin, où il racontait que sa femme s'était suicidée.

« Le commissaire de police se rendit au domicile des époux Lecot et trouva, en effet, la malheureuse étendue sans vie sur le plancher; elle avait la carotide complètement tranchée. Le magistrat

acquit bientôt la conviction que Lecot avait tué sa femme; la victime était enceinte de six mois. Lecot, qui passe pour s'adonner à la boisson, est sujet à des crises d'*épilepsie*. » — On aurait évité cette « double mort » en quelque sorte, en plaçant cet épileptique qui, maintenant sera interné probablement jusqu'à sa mort, sans compter qu'il faudra assister son enfant. Ces réflexions s'appliquent également au fait cité à la page 331.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Brissaud (E.). — *L'hygiène des asthmatiques.* — Volume in-12, cartonné, de 213 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, 1896. — Librairie G. Masson.

Buccelli (N.). — *Morfinomania, cocaïnomaniae morfio-cocaïnomania.* — Brochure in-8° de 8 pages. — Extrait du *Traité de médecine*, volume V, par MM. Charcot, Bouchard, Brissaud et Silva.

Donath (J.). — *Zur Wirkung der Schilddrüse.* — Brochure in-8° de 28 pages. — Budapest, 1896. — Chez l'auteur.

Eastern counties Asylum for idiots and imbeciles. — Thirty-seventh annual report for the year ending 31 st. december 1895. — Brochure in-8° de 65 pages. — Colchester, Offices : Station Road.

Forty-Eight annual report of the trusteies of the Massachusetts school for the feeble-minded at Waltham, for the year ending september 30, 1895. — Brochure in-8° de 42 pages. — Boston, 1896. — Wright and Potter Printing C°.

Lange (C.). — *Periodische Depressionszustände und ihre Pathogenesis auf dem Boden der harnsauren Diathese.* — Brochure in-8° de 56 pages. — Hamburg und Leipzig, 1896. — Verlag von Leopold Voss.

Mello-Barreto. — *La fièvre jaune. Sa pathogénie et son traitement.* — Brochure in-8° de 23 pages. — Saint-Paul, 1896. — Typografia di *Diario official.*

Obersteiner (H.). — *Anleitung beim studium des Banes der Nervösen Centralorgane im Gesunden und Krankenzustande.* — Volume in-4° de VIII-572 pages. — Leipzig und Wien, 1896. — Franz Deuticke.

Rechenschaftaberichet über die Zurcherische Krantonale Irrenheilanstalt Burghölzli. — Jahr, 1895. — Brochure in-8° de 28 pages. — Zurich, 1896. — Brulsdruckerel Berichthans.

Seeligmann (A.). — *Contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs aux opérations gynécologiques.* — Volume in-4° de 67 pages. Nancy, 1896. — Imprimerie A. Crépin-Leblond.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 1096.

Vol. II. Novembre 1896. N° 11.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

TRAITEMENT DE L'ATAXIE DANS LE TABES DORSALIS PAR LA RÉÉDUCATION DES MOUVEMENTS (*méthode de Frenkel*)[1];

Par le Dr Rubens HIRSCHBERG.

Observation II. — *Tabes dorsalis. Ataxie d'emblée. Hémiataxie gauche. Confinée au lit depuis le mois d'avril 1888. Guérison complète du symptôme ataxie y compris le signe Romberg après quatre mois de traitement.*

A. F... âgée de cinquante-neuf ans, couturière, entrée à la Salpêtrière le 3 avril 1888, salle Reyer (petite), lit n° 8.

Sans hérédité neuro ni psychopathique. Jusqu'à l'âge de vingt et un ans la malade était d'une très bonne santé. Syphilis à l'âge de vingt et un ans, pour laquelle elle suit un traitement d'une durée de six semaines. A l'âge de vingt-quatre ans elle a eu un enfant bien portant, qui est mort à l'âge de dix-sept ans d'une affection cardiaque. Elle a un fils âgé actuellement de trente et ans et qui est bien portant. La malade nie d'avoir jamais fait des excès alcooliques. Pendant plusieurs années névralgies faciales qui revenaient par crises et duraient jour et nuit. La malade n'a jamais eu de crises de nerfs.

Début de la maladie. — Quelques mois avant de tomber malade, étant à table, la malade se mit tout d'un coup à loucher et à voir double. Les personnes qui étaient avec elle, en étaient effrayées et lui disaient qu'elle avait les yeux « tout de travers » comme une mourante. Cette crise de diplopie n'a duré qu'une minute, et ne s'est plus jamais renouvelée. Vers la fin de mars 1888 la malade

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 9.

étant à son travail fut subitement prise de fourmillements dans le creux des mains et à la plante des pieds. Ces fourmillements ont persisté pendant trois jours. Au bout du troisième jour la malade en voulant se lever le matin de son lit, s'est aperçue que ses jambes ne la portaient pas et elle s'est affaissée par terre. Cependant elle n'était pas paralysée, puisqu'elle se rappelle bien qu'elle pouvait remuer ses jambes au lit. C'est dans cet état qu'elle fut transportée à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot. Pendant le premier temps de son séjour à l'hospice, la malade eut de fortes douleurs fulgurantes aux quatre extrémités. Ces douleurs siégeaient à fleur de peau et le moindre frôlement, même le contact du drap, lui arrachait des cris. Cependant la forte pression sur l'endroit douloureux calmait plutôt la douleur. A cette époque la malade ne pouvait pas se tenir sur ses jambes, ni se servir de ses mains. On était forcé de la nourrir. Peu à peu les troubles dans les extrémités supérieures diminuèrent, mais pendant longtemps encore la malade ne pouvait ni écrire, ni coudre. Pendant la première année de sa maladie; elle avait des douleurs en ceinture et la sensation de cuirasse en fer. A cette époque difficultés d'uriner, jamais d'incontinence. Forte constipation. La malade est restée une fois vingt-quatre jours sans aller à la garde-robe.

Etat actuel (2 décembre 1894). — La malade très intelligente, a l'air plus jeune que son âge. Depuis des années elle n'a plus eu de douleurs fulgurantes et elle semble jouir d'une bonne santé générale.

Aucune paralysie aux muscles des yeux, ni à ceux de la face. Rien de particulier du côté de la langue, des dents, du goût, de l'odorat, de l'ouïe.

Les deux pupilles sont en myosis et égales des deux côtés. La droite ne réagit pas du tout à la lumière, la gauche faiblement. Toutes deux réagissent bien à l'accommodation.

Extrémités supérieures. — On ne trouve plus que très peu de choses aux extrémités supérieures. La sensibilité et la force musculaire sont intactes. Il y a un peu d'incoordination des mouvements dans les doigts de la main gauche visible surtout quand la malade se boutonne ou fait un nœud à son jupon.

Extrémités inférieures. — Les deux jambes sont également et uniformément amaigries. La force musculaire est bonne. Un peu plus faible cependant dans la jambe *gauche*. Rien d'anormal aux articulations.

Sensibilité. — Il n'y a aucun trouble de la sensibilité cutanée. La malade sent le moindre frôlement. La perception de la douleur n'est pas retardée. Le chaud et le froid sont également bien sentis. *Sensibilité musculaire et articulaire.*

Jambe droite. — Dans cette jambe la malade sent tous les mouvements qu'on imprime aux différentes articulations de cette jambe.

Les yeux fermés, elle exécute tous les mouvements régulièrement sans saccades.

Jambe gauche. — Ici la malade ne sent pas du tout les mouvements qu'on imprime aux articulations de la jambe. Les yeux fermés, elle exécute les mouvements très irrégulièrement.

Phénomène plantaire. — Une friction rapide et superficielle avec l'ongle le long de la plante du pied provoque une vive douleur qui dure pendant plus d'une minute. Ce phénomène est également prononcé à gauche et à droite.

Motilité.

Jambe droite. — Il n'y a aucun trouble d'incoordination dans cette jambe. La malade exécute tous les mouvements avec une régularité absolue, les yeux ouverts ainsi que les yeux fermés.

Jambe gauche. — Le pied gauche se trouve dans une position de varo-equin par suite d'un relâchement des muscles antéro-externes de la jambe. Ce n'est qu'avec beaucoup de peine que la malade arrive à redresser le pied. Les mouvements de cette jambe sont fortement incoordonnés. Cette incoordination apparaît surtout quand la malade doit exécuter des mouvements tant soit peu compliqués. L'incoordination est naturellement fortement exagérée par l'occlusion des yeux.

Station debout. — La malade ne peut pas se tenir debout. Soutenue des deux côtés elle se laisse tomber de tout le poids de son corps. Elle ne touche le sol qu'avec le pied droit, en rejetant le corps fortement en arrière. La jambe gauche ballotte, comme si elle était complètement paralysée et ne touche le sol qu'avec la pointe du pied. Une fois debout la malade est incapable de contracter un seul muscle de cette jambe. On les sent du reste complètement flasques.

Quand la malade est assise elle ne touche le sol qu'avec le pied droit. Le pied gauche n'appuie par terre qu'avec la pointe et un peu avec le bord externe.

Locomotion. — La malade ne marche pas. Soutenue des deux côtés sous les bras elle saute sur sa jambe droite, ou glisse sur le pied droit. La jambe gauche balance dans tous les sens et reste complètement inerte.

Réflexes. — Les réflexes rotuliens et cutanés plantaires sont absents des deux côtés. — Pas de troubles du côté de la vessie, ni du rectum. — Rien d'anormal aux organes thoraciques et abdominaux. — L'appétit, le sommeil et l'état général sont bons.

Commencement du traitement le 2 décembre 1894. — La malade apprend assez vite à exécuter les exercices au lit. Son pied varo-équin est également vite corrigé. Mais quant à la station debout et à la marche, les progrès sont plus lents. Ce n'est que péniblement et grâce à une énergie et une intelligence vraiment merveilleuses de la malade qu'elle arrive peu à peu par des efforts de vo-

lonté à amener des contractions dans les muscles de la jambe gauche. On commence à sentir une certaine résistance dans cette jambe. Elle apprend successivement à exécuter toute la gamme des exercices. A partir du moment où elle commence à s'appuyer convenablement sur la jambe gauche le progrès devient de nouveau très rapide. Voici quel était son état le 1er avril : la malade marche dans la salle seule, sans canne. Elle s'assoit et se lève sans difficulté. A l'aide d'une canne elle se promène dans la cour de l'hospice.

A partir de ce moment la coordination s'améliore de plus en plus.

La malade reste debout et marche les yeux fermés. La marche est devenue tout à fait normale. Cependant un certain degré d'insensibilité articulaire et musculaire persiste toujours dans la jambe gauche. Dans le courant de juin la malade fait même des courses relativement grandes. Ainsi elle traverse toute seule la cour de l'hospice se rend à la gare d'Orléans à pied pour prendre l'omnibus, s'en va toute seule en ville voir une amie qui habite au cinquième et rentre le soir seule à l'hospice à pied depuis la gare d'Orléans.

15 *mai* 1896. — La malade peut être considérée comme complètement guérie de son ataxie.

Observation III. — *Tabes dorsalis. Ataxie d'emblée. Impotence complète et confinement au lit par suite d'une incoordination motrice absolue des membres inférieurs. Fréquentes crises gastriques et laryngées qui empêchent souvent le traitement. Amélioration notable de l'incoordination motrice après cinq mois de traitement.*

C. G..., couturière, âgée de quarante-sept ans, entrée à la Salpêtrière le 17 décembre 1891. Salle Reyer (petite), lit n° 4. Sans hérédité neuropathique.

Antécédents personnels. — La malade avait toujours une excellente santé. Réglée depuis l'âge de dix ans et demi. Mariée depuis l'âge de vingt-deux ans. Elle n'a jamais été enceinte. Elle nie la syphilis. Cependant son mari est mort ataxique à l'âge de quarante-huit ans en 1883. L'infection syphilitique chez la femme est donc probable. La malade n'a jamais fait d'excès d'aucun genre.

Début de la maladie. — En 1889, quelques mois avant la mort de son mari, la malade a commencé à sentir des douleurs aux reins surtout du côté gauche. Ces douleurs revenaient par crises, duraient une journée et donnaient à la malade des vomissements qui duraient tant que persistaient les douleurs qui étaient atroces. Ces douleurs n'augmentaient pas avec les mouvements. Ces crises devenaient de plus en plus fréquentes, d'abord elles revenaient tous les quatre mois, ensuite tous les mois.

En juin et juillet 1891, la malade en descendant un escalier avait la sensation comme si elle tombait dans le vide, son corps était entraîné en avant et elle ne pouvait modérer ses pas. Elle n'est cependant jamais tombée. A cette époque déjà elle pouvait difficilement marcher dans l'obscurité, et dans l'obscurité il lui était impossible de descendre un escalier. Les yeux ouverts elle marchait encore très bien et elle n'éprouvait aucune fatigue en faisant même de grandes courses.

Le 13 décembre de la même année, la malade éprouvait une grande difficulté pour marcher dans sa chambre. Elle s'est couchée le soir comme d'habitude et le lendemain en voulant se lever elle s'est aperçue que ses jambes ne la portaient pas et elle éprouvait des douleurs dans les aines comme si on l'écartelait. Le 17 du même mois, elle rentre à la Salpêtrière dans le service du professeur Charcot. Un mois après elle avait la sensation de cuirasse et de ceinture en plomb. Au mois de juin de l'année suivante crise gastrique violente avec vomissements qui a duré huit jours. On a eu recours à la morphine pour calmer la malade. De temps en temps, douleurs fulgurantes dans les cuisses et aux orteils. La malade éprouvait à cette époque des difficultés pour uriner.

Depuis son entrée à l'hospice elle n'a plus quitté le lit.

Il y a trois ans la malade a eu pour la première fois une crise laryngée des plus graves. Elle éprouvait une douleur violente à la partie supérieure de la poitrine, la respiration était pénible et sifflante ; elle suffoquait, la face était cyanosée, toux coqueluchoïde, inspiration bruyante. La première crise a duré vingt minutes (?). Depuis un an et demi ces crises se répètent tous les trois mois et semblent être provoquées par le froid. Depuis un mois la voix de la malade a changé de timbre. Voix d'enfant. Au mois de juillet de l'année dernière une crise violente laryngée était accompagnée de perte de connaissance qui a duré deux heures (?).

Etat actuel (le 2 décembre 1894). — La malade est fortement obèse, elle nous dit d'avoir beaucoup engraissé depuis qu'elle est malade. La face est bien colorée.

La mémoire n'a pas souffert. L'intelligence est normale, l'humeur calme.

Pas de paralysie aux muscles des yeux, ni de la face. Les *pupilles* sont d'un diamètre moyen et égales des deux côtés. Absence des réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation. Pas d'achromatopsie, ni de strabisme, ni de nystagmus.

Rien de particulier à la langue, au goût, à l'odorat. La malade a toutes ses dents.

Troubles de la sensibilité.— Le toucher. — La malade ne sent pas le frôlement, ni la pression sur toute la surface des extrémités inférieures y compris la plante des pieds. Seule une plaque située à la partie externe des genoux et grande comme une pièce de

5 francs a conservé la sensibilité tactile. L'anesthésie tactile se répand sur le tronc et s'arrête à la hauteur de la troisième côte. Aux bras, aux mains, au cou et à la figure, le tact est normal et très net.

Il existe une plaque d'hyperesthésie à la pression le long de la colonne vertébrale, à la hauteur des cinq premières vertèbres spinales.

Paresthésies. — Fourmillements fort désagréables aux orteils des deux pieds. Sensation de crampes aux pieds.

Phénomène plantaire. — La friction rapide et légère avec l'ongle le long de la plante des pieds provoque une douleur intense qui arrache des cris à la malade.

Sensibilité à la douleur.— Retard considérable dans la perception de la piqûre d'épingle : de trente secondes sur la surface des pieds et à la plante, de trente à vingt secondes à la jambe jusqu'au genou. A la cuisse de cinq à trois secondes, et diminue à mesure qu'on se rapproche de la racine des membres. Excepté à la plante des pieds, il y a aussi un peu d'hypoesthésie de la douleur. Aux plaques en dehors des genoux où le toucher est conservé, il n'y a pas non plus de retard dans la perception de la douleur. Pas de retard au tronc, mais partout où le toucher est aboli la sensibilité à la piqûre est affaiblie. Aux bras, aux mains, à la figure, au cou la piqûre est vivement et rapidement ressentie.

Thermosthésie. — Un peu d'hypoesthésie au froid aux extrémités inférieures. Sur le reste du corps la sensation de la température est normale.

Motilité. — Les muscles des bras et des jambes sont bien conservés et la force musculaire est très bonne. Rien de particulier aux articulations.

Extrémités supérieures. — La sensibilité profonde (articulaire et musculaire) est à peine troublée. Cependant les mouvements des doigts présentent un certain degré d'incoordination motrice. La malade ne peut ni coudre ni écrire, ni saisir des objets fins comme épingles, petits boutons, etc. C'est avec beaucoup de peine qu'elle arrive à boutonner sa blouse, à faire un nœud à ses jarretières. Elle peut cependant couper sa viande, elle mange et boit toute seule.

Extrémités inférieures. — Le sens articulaire et musculaire est profondément atteint dans toutes les articulations des extrémités inférieures. Les yeux fermés, la malade ne sait pas où sont ses jambes et elle n'a aucune notion de la position qu'on leur donne dans l'espace. Les mouvements sont fortement incoordonnés. Les deux pieds se trouvent dans la position de varo-equin, les orteils, excepté le grand orteil, sont fortement fléchis. Le moindre effort pour faire un mouvement quelconque augmente encore davantage le varo-équin et la flexion des orteils par suite d'une forte contraction des muscles postérieurs de la jambe.

La malade n'est pas capable de rester debout. Si on la maintient dans une position verticale, elle a la sensation de tomber dans un précipice. Elle pousse des cris d'angoisse. Si on la déplace, elle laisse les jambes en arrière qui s'enchevêtrent. Debout elle n'est pas capable de faire un mouvement quelconque avec ses jambes.

Réflexes. — Les réflexes rotuliens et plantaires sont absents.

Il n'y a pas de trouble du côté de la vessie, ni du rectum. La malade est réglée toutes les trois semaines.

Les bruits du cœur sont un peu sourds, mais sans souffle pathologique, ni des faux pas. Rien aux poumons. Rien aux organes abdominaux. Le sommeil, l'appétit et l'état général sont bons.

Commencement du traitement le 2 *décembre* 1894. — Le cas se présentait comme très peu favorable au traitement par la rééducation des mouvements. D'abord la malade ne marchait plus du tout depuis plusieurs années. On ne pouvait pas la faire tenir debout, même soutenue par deux hommes à l'aide de la ceinture de Frenkel. La malade était donc arrivée au degré du *nec plus ultra* de l'ataxie. Ajoutons à cela les indispositions fréquentes de la malade, qui faisaient que pendant des semaines nous étions forcés d'interrompre le traitement, tantôt les règles, tantôt des crises gastriques d'une violence extrême, une autre fois de l'influenza à répétition, qui rendait pendant six semaines tout traitement impossible.

Pour les mouvements au lit cela allait encore. Dans l'espace d'un mois la malade a appris à dominer assez convenablement les contractions musculaires des jambes. Elle corrige bien la position vicieuse des pieds, et même quand elle fait un mouvement coordonné compliqué, par exemple, fléchir le genou pendant que la cuisse reste en position verticale, son pied ne se renverse plus. Au début du traitement quand elle essayait de relever le pied gauche, le renversement du pied droit s'accentuait davantage et vice versa. Maintenant (au bout d'un mois de traitement) cela n'a plus lieu. La malade se sent plus légère. Elle peut se retourner et s'asseoir dans son lit. Elle sent mieux ses jambes, qui ne sont plus pour elle un corps étranger lourd et encombrant. Disons tout de suite qu'aussitôt que l'amélioration de la coordination commençait à se manifester, la malade parlait tout de suite d'une bonne et d'une mauvaise jambe. C'est *la gauche* qui était la mauvaise jambe. En effet la coordination s'améliorait beaucoup plus lentement dans cette jambe que dans la jambe droite.

Mais la partie la plus difficile du traitement commençait à partir du moment, où il fallait que la malade apprenne à se tenir debout. Malgré ses efforts de volonté, les deux pieds étaient en forte position de varo-équin, les genoux chancelaient à gauche et à droite, et exténuée la malade se laissait tomber lourdement sur le fauteuil. Cependant à force d'exercices et d'une patience, dont nous avons

droit d'être fiers, nous sommes tout de même parvenu à faire tenir la malade convenablement droite. Nous passons alors aux exercices de marche. Soutenue par deux personnes, la malade apprend à faire des pas. Au début de ces exercices, il fallait faire asseoir la malade après tous les cinq, six pas. La malade était fatiguée, et fatiguait souvent les personnes qui la soutenaient, puisqu'elle s'appuyait de tout le poids de son corps énorme. Mais peu à peu les pas deviennent plus solides, puisque la malade fatiguait beaucoup moins les personnes qui la menaient. Au commencement du mois de juin 1895, la malade pouvait en s'appuyant avec une main le long des lits et soutenue par une personne de l'autre côté, faire le tour de la salle (une cinquantaine de pas) sans avoir besoin de s'asseoir.

Ce résultat, quoique moins brillant en apparence que dans le cas précédent, peut être considéré comme absolument remarquable, vu non seulement la gravité exceptionnelle de l'incoordination motrice, mais aussi en considération de toutes les circonstances défavorables qui rendaient un traitement régulier impossible.

Le plus difficile du reste est fait chez cette malade et nous sommes persuadés que sa marche pourra être encore considérablement améliorée.

Excepté un certain amaigrissement, nous n'avons constaté aucune modification dans les autres symptômes du tabes. Notamment les troubles de la sensibilité cutanée et profonde (articulaire, musculaire) sont restés sans modification.

15 *mai* 1896. — La malade a appris à marcher en s'appuyant sur le bras de quelqu'un d'un côté et sur une canne de l'autre. Elle se lève seule de sa chaise. Elle peut rester debout sans aucun appui pendant deux à trois minutes.

Observation IV. — *Tabes dorsalis à marche rapide. Développement rapide de l'incoordination motrice. Au moment du commencement du traitement la malade était déjà très améliorée. Après deux mois de traitement la malade peut être considérée comme guérie de son ataxie motrice.*

M. B..., âgée de trente et un ans, modiste et fille galante, célibataire, entrée à la Salpêtrière le 16 juin 1894, s'est bien portée dans son enfance. Depuis l'âge de dix-neuf ans la malade se fatiguait beaucoup dans les lieux de plaisir, se couchant à 4 heures du matin. Atteinte à cette époque d'une chorée qui se développa d'une façon lente et graduelle, commençant par les membres supérieurs et s'étendant peu à peu aux membres inférieurs. La chorée disparut au bout d'un an en laissant subsister un blépharospasme des deux côtés que la maladu présente encore aujourd'hui. En 1891

légère fièvre typhoïde. En 1892 la malade étant forcée de marcher beaucoup et de se fatiguer, commence à sentir une certaine lassitude dans les jambes. A cette époque aucun autre phénomène morbide n'apparait. Vers le mois de septembre 1893 la malade ressent des douleurs violentes dans les deux genoux, qui disparaissent au bout d'une quinzaine de jours et laissent après elles une sensation de lourdeur dans les genoux. En décembre 1893 cette lourdeur des genoux s'accentue, la faiblesse des jambes augmente plus particulièrement dans la jambe gauche qui bientôt est incapable de la porter. Depuis ce moment la faiblesse va en augmentant, les jarrets fléchissent et la démarche est peu assurée, presque titubante. A ce moment la malade souffre de crampes dans les jambes très douloureuses. La faiblesse augmente toujours, les douleurs en ceinture apparaissent, douleurs peu violentes, plutôt gênantes, faisant sans cesse croire à la malade qu'elle a un corset trop serré. Elle souffre d'un froid continu, d'un engourdissement aux membres inférieurs. Elle perd les jambes dans son lit. Quand elle marche elle ne sent pas bien le sol et croit toujours ne pas toucher la semelle de ses bottines, comme si celles-ci n'étaient pas complètement entrées. A cette époque l'incoordination se révèle, surtout quand la malade descend ou monte un escalier. Elle ne peut plus bien mesurer la hauteur des marches, ni proportionner ses mouvements, aussi lui arrive-t-il de tomber fréquemment. La vue se trouble, un léger brouillard apparait devant les yeux. Elle n'a pas eu de diplopie, ni aucun autre trouble oculaire. La malade n'a présenté aucun trouble du côté de la vessie. Il y a deux ans elle avait des sensations de corps étranger dans le rectum avec des besoins fréquents et impérieux d'aller à la selle. Parfois elle ne sentait pas les matières partir.

La malade nie la syphilis. Elle n'a jamais abusé de boissons alcooliques. Elle ne s'est jamais livrée à des excès génésiques et a toujours exercé sa profession galante sans enthousiasme.

Etat actuel (le 16 juin 1894). — La malade dit avoir beaucoup maigri dans ces derniers mois. L'intelligence est assez vive. La mémoire est bonne. La malade est d'un tempérament calme. Depuis un an, elle a eu de fréquents chagrins qui ont assombri son caractère, mais qui n'ont pas été jusqu'à la mélancolie.

Les paupières sont tombantes et couvrent plus de la moitié de la cornée; de plus elles sont animées de battements irréguliers et rapides qui cessent au bout de quelques secondes (blépharospasmus). Il n'y a pas de diplopie, ni de strabisme. Les pupilles sont punctiformes, légèrement déformées. Elles présentent le signe d'Argyll-Robertson. Il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel, pas de dyschromatopsie, pas de lésion du fond de l'œil.

L'*ouïe* est légèrement affaiblie du côté gauche. La malade n'a jamais eu de bourdonnements. Il y a une légère altération du goût.

Depuis le commencement de la maladie il lui semble que tout ce qu'elle mange ou boit a un mauvais goût. Les dents se cassent facilement ou se déchaussent, la malade en a ainsi perdu deux.

Membres supérieurs ne présentent aucune altération du côté de la sensibilité ni de la motilité.

Membres inférieurs. — *Sensibilité* au tact normale. *A la piqûre* : la malade ne peut sur les membres inférieurs distinguer la sensation qu'elle ressent. Si par exemple, on lui fait une piqûre sur le cou-de-pied elle a d'abord une sensation vague : « Vous me touchez, » dit-elle, et puis au bout de quelqués secondes : « Vous me piquez. »

Thermoesthésie normale.

Phénomène plantaire. — La friction rapide avec l'ongle le long de la plante des pieds produit une forte douleur qui « va jusqu'au cœur » et persiste pendant un certain temps.

La sensibilité profonde (articulaire, musculaire) présente peu d'altérations appréciables. Les yeux fermés, la malade apprécie avec peu de précision les positions qu'on fait prendre aux articulations des membres inférieurs, et exécute les yeux ouverts avec les jambes, très régulièrement, tous les mouvements qu'on lui ordonne.

L'incoordination motrice est considérable quand la malade est debout et surtout quand elle marche. Debout la malade ne peut pas se tenir immobile dans la station verticale. Le signe de Romberg est très net. *En marche* le pied est lancé en avant sans fléchir le genou, et retourne ensuite comme par son propre poids, le talon frappe fortement le sol, parfois les pieds s'enchevêtrent et font chanceler la malade qui manque de tomber, tourne sur elle-même. Il lui est impossible de descendre ou de monter des escaliers. L'incoordination est plus accentuée dans la jambe *gauche* que dans la droite.

Les réflexes rotuliens et plantaires sont complètement abolis.

Aucuns troubles *des sphincters.*

Cœur et poumons normaux. Estomac un peu dilaté.

Commencement du traitemeut le 29 avril 1895.

La malade faisant très régulièrement tous les mouvements au lit, nous limitons ce traitement aux *exercices debout* et *exercices de marche.* Dès les premiers jours du traitement, le progrès se fait rapidement sentir. La malade apprend très vite tous les exercices. Elle a perdu une grande partie de son appréhension. Elle se promène seule sans canne dans le jardin. Au bout d'un mois de traitement sa démarche a presque complètement perdu le caractère ataxique. La malade arrive à faire de longues promenades toute seule. Elle se sent d'aplomb sur ses jambes, les genoux ne fléchissent plus.

Le 15 juin la malade est sortie pour faire une course en ville. Elle est allée à pied de l'hospice de la Salpêtrière jusque dans la rue Monge, et elle est rentrée le soir seule à l'hospice.

Ce résultat rapide doit être attribué à ce fait que la malade était déjà en voie d'amélioration quand nous avons entrepris le traitement. Dans ces conditions, elle a naturellement grâce aux exercices, plus rapidement refait l'éducation de ses mouvements. Il est certain que sans notre traitement la période de convalescence aurait été beaucoup plus longue chez cette malade, puisque comme elle le disait elle-même, elle n'osait marcher de peur de tomber, et puis elle ne savait pas comment s'y prendre pour restaurer la coordination de ses mouvements.

Malgré la disparition presque complète de l'incoordination motrice, la malade reste néanmoins tabétique : elle conserve le signe de Westphal, le signe d'Argyll-Robertson, le phénomène plantaire. Le signe de Romberg est très atténué, mais jusqu'à un certain degré il existe toujours. La malade ne tombe pas quand elle a les yeux fermés, cependant son corps chancelle toujours un peu. Quand elle marche les yeux fermés, la démarche est moins sûre et moins régulière. Elle tâtonne avec les pieds.

La malade a quitté la Salpêtrière au mois d'août 1895, et nous n'avons plus eu de nouvelles d'elle.

Observation V. — *Tabes dorsalis. Développement rapide de l'ataxie motrice. Deux mois de traitement. Amélioration notable de l'incoordination motrice.*

M. R... âgée de vingt-six ans, couturière, entrée à la Salpêtrière (service de M. Brissaud), le 27 octobre 1893. Sans hérédité neuro ni psychopathique.

Antécédents personnels. — A l'âge de quatorze ans, fièvre typhoïde Réglée après sa fièvre typhoïde et régulièrement. Syphilis à dix-sept ans (chancre, roséole), suit pendant trois mois un traitement mercuriel.

Début de la maladie. — En août et septembre 1892 douleurs fulgurantes dans les jambes et à la partie inférieure des cuisses, douleurs fréquentes presque continuelles, sans rémission nocturne. Ces crises durèrent pendant une semaine et rendaient la malade incapable d'aucun travail, la privaient complètement de sommeil. Ces accidents cessent brusquement.

En février 1893 premiers symptômes d'ataxie. Troubles de la marche débutant par de la fatigue; lassitude dans les membres inférieurs à la fin de la journée. Ces accidents vont progressant pendant une quinzaine de jours. La malade incapable de sortir seule cesse de vaquer à ses occupations. Elle s'adonne alors à un travail assis de couture pendant dix heures par jour, pour lequel elle n'éprouve aucune gêne.

Elle entre à la Salpêtrière présentant nettement la plupart des signes de tabes (Westphal, Romberg), impossibilité de marcher

sans appui et sans se tenir aux meubles, légers troubles de la vue amaurose passagère). Soumise alors au traitement par l'iodure de potassium et à la suspension (tous les deux jours pendant trois minutes). Le 14 février 1894 la malade dit ressentir manifestement une grande amélioration dans la marche. Les douleurs fulgurantes ont cependant reparu depuis son entrée à l'hospice.

Etat actuel (26 avril 1895). — L'aspect général de la malade est bon. Elle a conservé son appétit. L'intelligence est moyenne, l'humeur très égale, plutôt gaie. Aucune anomalie, aucun trouble trophique de la peau ou de ses annexes, les dents sont saines.

Inégalité pupillaire. — La pupille droite est très dilatée. La vision est réduite de ce côté. L'œil gauche est normal. Immobilité pupillaire pour la lumière et pour l'accommodation. A l'examen ophtalmoscopique, les papilles des deux côtés sont blanches, crayeuses. La malade souffre d'une amblyopie légère qui date depuis le début de sa maladie, mais ne l'a jamais gênée pour sa vision rapprochée et ne l'a pas empêchée d'exercer sa profession. Les yeux sont facilement larmoyants. Du côté de l'ouïe quelques troubles se manifestant par des vertiges fréquents, une ou deux fois suivis de chutes, la malade n'ayant pu se soutenir et se retenir après un meuble. A côté de ces étourdissements, quelques bourdonnements d'oreille.

Sensibilité. — Retard général de la perception des sensations tactiles, douloureuses et thermiques sauf pour la face. Ce retard est de deux à trois secondes pour les membres inférieurs. On constate de l'hypoesthésie sur toute la surface tégumentaire sauf à la plante des pieds, où la sensibilité est assez vive. Aux jambes la sensibilité est obtuse. Le pincement et la piqûre sont toujours confondus. Tous ces troubles existent aussi au tronc, mais peut-être moins accentués qu'aux membres inférieurs. Les douleurs fulgurantes reparaissent depuis deux ou trois mois avec une intensité moindre qu'en septembre 1892, mais par périodes de huit à dix jours, séparées par des intervalles de rémission au moins aussi longs. Ces douleurs, toujours localisées aux pieds et aux jambes, ne dépassent pas le genou, empêchent souvent la malade de dormir et la réveillent au milieu de la nuit. Un peu de céphalée pendant ces périodes de crises.

Le *phénomène plantaire* est très prononcé des deux côtés (la friction avec l'ongle le long de la plante du pied provoque une douleur très vive).

La *sensibilité profonde* (articulaire, musculaire) est très affectée. Les yeux fermés la malade n'a aucune notion sur la position qu'on donne à ses articulations, ni du degré de contraction de ses muscles. Si on croise ses jambes, elle ne sait pas quelle jambe est dessus, laquelle dessous. Le *pied droit* est légèrement renversé en varo-équin.

Les différents mouvements des jambes au lit (flexion, extension,

etc., etc.) sont fortement désordonnés. L'incoordination augmente considérablement à l'occlusion des yeux. Etant assise la malade se lève brusquement en repoussant la chaise avec les mollets.

La malade étant debout regarde fixement ses pieds, qui sont ouverts en dehors, la pointe en abduction et relevée ainsi que tout le bord externe, les orteils sont écartés les uns des autres, ne touchent pas le sol et l'appui se fait uniquement sur le talon et une partie du bord interne du pied. Tous ces phénomènes d'incoordination et les positions anormales sont plus accentuées du *côté droit du corps*. La force musculaire est intacte. Le signe de Romberg est très prononcé.

Locomotion. — La marche, quoique moins gênée qu'autrefois, s'exécute par pas rapides, brusques. Quand la malade s'arrête pour changer de direction, elle se retient à un lit voisin pour opérer ce mouvement. Elle marche en frappant du talon le sol et en déplaçant la jambe d'une seule pièce, de temps en temps, les genoux fléchissent brusquement. Le moindre obstacle la fait trébucher; la malade tombe souvent.

Les *réflexes* sont totalement abolis. Le réflexe rotulien, comme le réflexe plantaire. Pas de troubles du côté des sphincters.

Commencement du traitement le 27 *avril* 1895. — Après deux mois de traitement, qui consistent dans des exercices au lit, debout et de locomotion la malade apprend à marcher sans appui. Elle sort seule, fait des promenades dans le jardin, monte et descend les escaliers. Elle sent ses jambes plus déliées. Depuis longtemps, elle n'est plus tombée, ce qui lui arrivait fréquemment auparavant. Après deux mois de traitement, malgré une amélioration incontestable de l'incoordination motrice, la malade exécute assez correctement tous les exercices, même les plus compliqués, il n'y a aucune modification du côté des troubles de la sensibilité, tant cutanée, que profonde (articulaire, musculaire). Le signe de Romberg reste toujours aussi prononcé qu'avant le traitement.

15 *mai* 1896. — L'amélioration que nous avons obtenue l'année dernière se maintient, mais ne s'est pas accentuée. La démarche est toujours fortement ataxique. Cependant la malade affirme qu'elle se sent plus ferme sur ses jambes. Elle marche sans canne, sort dans le jardin, fait des petites promenades, etc.

OBSERVATION VI. *Tabes dorsalis. Développement très rapide de la maladie et surtout de l'incoordination motrice. Amélioration sensible de l'ataxie motrice après un mois de traitement.*

M. F..., âgé de soixante-neuf ans, ancien directeur d'hôpital. Le père du malade était alcoolique, mort à l'âge de quarante ans. La mère du malade était nerveuse, elle est morte à l'âge de quarante-neuf ans d'une maladie de cœur. Une sœur du malade était atteinte

de tabes dorsalis dès l'âge de vingt-sept ans. Elle est morte à la Salpêtrière à l'âge de quarante-cinq ans d'une pneumonie.

Antécédents personnels. — Dans sa jeunesse le malade souffrait de diarrhée, mais il n'a jamais fait de maladie grave. Il n'a pas abusé d'alcool, et n'a pas eu de syphilis. Il y a quatre ans, pendant deux ans et demi, excès vénériens dans des conditions particulièrement anormales (coït debout).

Début du tabes. — Il y a dix ans le malade avait souvent des maux de reins qui revenaient par crises et duraient plusieurs jours.

En 1889 diplopie passagère. Au mois d'août 1893 douleurs fulgurantes dans les cuisses, dans les jambes et aux orteils. A cette époque le malade marchait encore très bien, même dans l'obscurité. En juin 1894 la démarche devient défectueuse. Le malade monte difficilement l'escalier, les pieds s'enchevêtrent pendant la marche. A la même époque forte constipation et difficulté d'uriner. La démarche s'aggrave rapidement. Les jambes sont constamment engourdies. Sensation de ceinture et de corset en fer. Vers la fin de l'année 1894, le malade ne peut plus marcher seul, ni se tenir debout. Pour faire quelques pas dans sa chambre, il est forcé de s'appuyer sur le bras de quelqu'un et de se servir d'une canne. Depuis deux mois de temps en temps douleurs fulgurantes dans les avant-bras et dans les bras. Fourmillements et engourdissement dans les doigts et les mains.

Etat actuel (le 5 mai 1895). — Le malade est bien conservé pour son âge. Malgré l'envahissement rapide du tabes, l'état général est resté bon. Le malade mange et dort bien. L'intelligence et la mémoire n'ont pas souffert. Il a conservé son humeur gaie. Il rit seulement un peu trop facilement et à propos de rien.

Rien de particulier aux muscles de la face, des yeux, à la langue. aux dents, du côté du goût, de l'odorat.

Pupilles sont égales et d'une dilatation moyenne. La droite réagit bien à la lumière et à l'accommodation. La gauche n'agit pas du tout à la lumière, et ne réagit que très lentement à l'accommodation.

Ouïe. — Le malade n'entend pas bien depuis quelques mois. Le tic tac de la montre n'est pas du tout perçu à droite, même si on applique la montre contre l'oreille. A gauche le bruit de la montre est entendu à une distance de 2 centimètres de l'oreille.

Extrémités supérieures. Sensibilité. — Le malade dit qu'il a le toucher moins fin, il sent les objets comme à travers un gant. Cependant l'examen des différents modes de sensibilité cutanée donne des résultats négatifs. Les yeux fermés il reconnaît bien les objets qu'on lui fait toucher. Engourdissement et fourmillements aux doigts et aux mains.

La sensibilité profonde est normale. Il n'y a pas d'incoordination dans les mouvements usuels. Cependant le malade se plaint qu'il écrit moins facilement.

Extrémités inférieures. — Les jambes sont uniformément maigres, mais la force musculaire est bonne. Rien aux articulations.

Sensibilité. — Excepté à la plante du pied gauche le sens du toucher est normal sur tout le corps. Retard dans la perception de la douleur aux extrémités inférieures. Hyperesthésie au froid aux jambes et sur tout le corps, excepté les bras, le cou et la face.

Phénomène plantaire. — La friction rapide avec l'ongle du pouce sur la plante des pieds produit une douleur très vive. Cette douleur persiste pendant une minute à peu près. L'application du froid à la plante des pieds produit une sensation de brûlure tellement forte que le malade pousse des cris de douleur.

La sensibilité profonde (articulaire musculaire) est profondément altérée. Le malade ayant les yeux fermés ne reconnaît pas la position qu'on donne à ses articulations et il n'a aucune notion des contractions musculaires.

Motilité. Couche. — Tout les mouvements, même les plus simples, sont fortement incoordonnés. Le malade ne peut pas s'asseoir dans son lit sans s'appuyer sur ses mains. S'il essaie de le faire, ses jambes se lèvent en l'air, surtout *la gauche.*

Assis. — Etant assis sur une chaise, le malade ne peut pas se mettre debout seul. Si on lui aide, on constate que ses genoux se redressent brusquement par un mouvement de ressort et son corps est projeté en avant. Une fois debout, les jambes du malade sont agitées par des mouvements continuels. Le corps se balance dans tous les sens, des fléchissements des genoux ont lieu avec des redressements brusques. Les yeux fermés le malade tombe comme une masse.

Locomotion. — La marche est tout à fait impossible. Soutenu des deux côtés sous les bras, le malade essaie bien de faire un pas en avant, mais il lève démesurément la jambe, la lance par terre avec le bord externe du pied. Les pieds se lèvent. Tout d'un coup une jambe se lève malgré lui. Le corps reste en arrière. Brusquement le corps est repoussé par un mouvement de ressort en haut et en avant. On dirait que le malade est agité par des mouvements de la grande chorée. Les jambes se croisent, les pieds s'enchevêtrent et le malade s'abandonne aux personnes qui le soutiennent. On porte le malade pour le mettre dans la petite voiture de promenade.

Réflexes. — Les réflexes rotuliens, plantaires et crémastériens sont abolis des deux côtés.

Il n'y a pas de troubles du côté de la vessie, ni du rectum. Il n'y a qu'une constipation opiniâtre. Rien d'anormal à l'examen des organes internes.

Commencement du traitement le 9 mai 1895. — On n'aurait pas pu imaginer un cas moins favorable pour notre méthode. L'âge du malade, la rapidité avec laquelle les symptômes tabétiques se sont

développés, l'intensité des phénomènes ataxiques, autant de facteurs des plus défavorables pour la rééducation de la coordination. Néanmoins nous avons en peu de temps (le malade ne pouvait malheureusement pas rester à Paris, — qu'un mois), en un mois, obtenu un résultat absolument remarquable pour ce malade, puisqu'il est arrivé à pouvoir s'asseoir et se lever tout seul, marcher dans sa chambre seul à l'aide d'une canne. Descendre l'escalier d'un étage, en donnant le bras et en s'appuyant sur la rampe. Faire des petites promenades en donnant le bras à sa femme et en s'appuyant sur une canne. Dans sa dernière lettre (septembre 1895), sa femme nous écrit de Dieppe, qu'on l'amène avec sa petite voiture sur la plage, où il se promène au bras de sa femme.

Comme bien on pense, nous avons eu les mêmes difficultés à vaincre pour amener le malade à dominer les contractions désordonnées de ses muscles. C'est au prix d'efforts énormes, vraiment étonnants pour un homme de cet âge, qu'il est peu à peu parvenu à exécuter les différents mouvements dont se composent nos exercices. Aussitôt que l'amélioration a commencé à se manifester, on a toute suite pu s'apercevoir que la jambe *gauche* obéissait moins et restait plus désordonnée dans ses mouvements que la jambe droite.

Le *traitement* a eu chez ce malade une influence manifeste sur sa constipation. Dès les premiers jours du traitement, le malade n'avait plus besoin d'avoir recours aux purgatifs. Actuellement, il a des selles régulières tous les jours. — Les troubles de la sensibilité cutanée et profonde (musculaire, articulaire) sont restés sans modifications. Pendant tout le temps qu'a duré le traitement, le malade n'a pas eu de crise de douleurs fulgurantes.

Observation VII. — *Tabes dorsalis. Développement rapide de l'incoordination motrice. Grande amélioration après deux mois et demi de traitement.*

P. F..., âgé de quarante-neuf ans. Magistrat. Son père est goutteux. Sa mère était toujours très nerveuse. Il y a quatre ans elle a eu une attaque d'apoplexie, et elle est maintenant hémiplégique. Le malade a un frère qui souffre de la goutte.

Antécédents personnels. — Le malade était toujours d'une santé très robuste. A l'âge de dix-sept ans il a eu un chancre, dont la nature n'a pas été bien établie. Il n'a jamais eu de manifestations secondaires, ni tertiaires de syphilis, Dans sa jeunesse il a beaucoup abusé des alcools. Le malade était toujours très émotif. La

moindre émotion lui occasionnait un tremblement des mains. Il est marié. Sa femme n'a jamais fait de fausse couche. Il a deux enfants, dont l'aîné souffre de diarrhées chroniques. Il y a cinq ans, le malade souffrait d'insomnie. Il avait la nuit des idées tristes, il sanglotait, parlait de sa mort prochaine, qu'il allait être atteint de paralysie générale. Pendant des nuits entières sa femme était forcée de le consoler. En 1888, premières douleurs fulgurantes dans la peau des cuisses et des fesses. Ces crises deviennent avec le temps fréquentes. A la même époque ténesme rectal. Sensation de corps étranger dans le rectum. En 1890, le malade qui était excellent marcheur s'aperçoit qu'il se fatigue facilement. La marche lui devient pénible. Il a la sensation comme si la chaussure était trop étroite et comme s'il marchait sur du galet. Paresthésies aux fesses. Le malade a la sensation d'être assis sur un hémisphère qui fait balancer son corps dans tous les sens. Engourdissement des fesses.

En 1893, à la suite d'un séjour au bord de la mer, pendant lequel le malade restait beaucoup dans l'eau en pêchant la crevette, il sentait en marchant une raideur dans les jambes. En essayant de courir il s'aperçoit que la course lui est impossible. En 1894, le malade marchait encore seul. En janvier 1895, le malade tombe dans sa chambre et se contusionne le genou gauche. Le genou enfle et le malade est forcé de s'aliter pendant huit jours et de rester sur une chaise longue pendant un mois. A partir de ce moment la marche s'aggrave rapidement. Le malade ne sort plus seul. On est forcé de le soutenir, et il s'appuie en même temps sur une canne. Il pouvait ainsi avec beaucoup de peine parcourir 300 mètres.

Etat actuel (le 20 mai 1895). — Le malade est un homme robuste, bien musclé, avec un embonpoint très prononcé. L'intelligence et la mémoire n'ont pas souffert. Très émotif. La moindre contrariété le fait éclater de colère.

Yeux. — Pas de ptosis. Diplopie à distance. Les deux objets se trouvent horizontalement l'un à côté de l'autre. Parésie (?) du droit externe *gauche*. Pas de strabisme. Les deux pupilles sont égales et très rétrécies. Signe d'Argyll Robertson. Elles régissent bien à l'accommodation. Le malade distingue bien les couleurs. Rien du côté de l'ouïe, du goût, de l'odorat, des dents, de la langue.

Extrémités supérieures. — Les mains sont agitées d'un tremblement aussitôt qu'il fait un effort quelconque ou s'il est émotionné. Il n'existe pas d'autres troubles de motilité, ni de sensibilité aux membres supérieurs. Rien d'anormal au tronc, excepté une petite région anesthésiée des deux côtés de la marge anale. Les fonctions du rectum se font normalement.

Vessie. — Il n'y a ni rétention, ni incontinence. Il n'existe qu'un certain degré d'anesthésie urétrale ou au col de la vessie, puisque le malade ne sent pas quand il urine, ni quand il a fini d'uriner. Il

faut qu'il voie, ou qu'il entende pour savoir s'il urine. Pas d'impuissance génésique. Le réflexe scrotal est très vif des deux côtés.

Extrémités inférieures. Sensibilité. — Le frôlement n'est pas senti sur la surface des jambes, y compris la plante des pieds, jusqu'à la hauteur du ligament de Poupart. La forte pression est sentie partout. La piqûre d'épingle est perçue avec un certain retard surtout à la plante des pieds. Ce retard va en diminuant à mesure qu'on se rapproche de la racine des membres inférieurs. Le froid est bien senti sur toute la surface des jambes, le chaud moins nettement.

Phénomène plantaire. — La friction rapide avec le bord de l'ongle le long de la plante du pied occasionne une vive douleur. Cette douleur se produit avec un certain retard et persiste pendant plusieurs secondes.

Articulations. — Le genou est fortement enflé. Il y a même un peu d'œdème le long de la face antérieure du tibia. On constate de l'hydarthrose dans cette articulation. Le bord articulaire interne du tibia est hypertrophié. Il n'y a pas de mobilité anormale dans l'articulation, ni de subluxation. Quand le malade se tient debout, on constate un certain degré de *genu recurvatum* à gauche, et en marchant le malade doit produire des tiraillements sur les ligaments croisés de cette articulation. Comme nous l'avons vu plus haut, l'origine de cette arthropathie est manifestement traumatique. Les autres articulations ne présentent rien d'anormal.

Les muscles des jambes sont très bien développés et la force musculaire est considérable.

La sensibilité profonde (articulaire, musculaire). — Les yeux fermés le malade n'a aucune notion sur la position qu'on fait prendre à ses articulations, et il ne sait pas apprécier le degré de contraction de ses muscles.

Motilité. Couché. — L'incoordination motrice est considérable, même pour les mouvements les plus simples (flexion, extension, adduction, abduction). Elle est plus accusée dans la jambe *gauche* que dans la droite.

Debout. — Le malade ne peut pas se lever seul de sa chaise. Il reste debout les pieds écartés, la pointe dirigée en dehors. Il tient les bras écartés du corps et regarde fixement ses pieds. De temps en temps les genoux fléchissent brusquement et les pieds sont continuellement agités de mouvements. Le pied *gauche* a des tendances à se renverser en dedans. Impossibilité de rester debout les pieds rapprochés. Impossibilité de se tenir sur un pied.

Aussitôt que le malade ferme les yeux ; il tombe comme une masse.

Locomotion. — Le malade ne peut pas marcher seul. Il donne le bras et s'appuie sur une canne. La démarche est franchement ataxique. Le malade regarde attentivement ses pieds. Il déplace la

jambe d'une seule pièce, jette le pied en dehors et frappe lourdement du talon le sol.

Les réflexes rotuliens et plantaires sont abolis.

L'examen des organes internes ne donne aucun résultat.

Commencement du traitement le 20 *mai* 1895. — Le malade a suivi notre traitement pendant deux mois. Voici quels résultats nous avons obtenu : le malade s'assoit et se lève sans aucune difficulté et sans regarder ses pieds. Dans la rue il marche seul sans donner le bras en s'appuyant sur sa canne. Il peut ainsi marcher pendant trois quarts d'heure à une heure. La démarche n'est plus lourde, comme elle était auparavant. Le malade ne frappe presque plus le sol avec le talon. Il monte et descend bien les escaliers. En marchant dans la rue, le malade n'a plus besoin de regarder ses pieds. Dans un appartement il peut marcher sans canne. Le malade exécute avec une très grande régularité tous nos exercices. L'arthropathie du genou gauche n'a pas été modifiée par le traitement. L'anesthésie tactile des jambes s'est un peu améliorée. Elle existe cependant toujours aux plantes des pieds. Il y a une légère amélioration dans la sensibilité musculo-articulaire de la jambe droite. Ainsi dans l'articulation du genou et dans l'articulation coxo-fémorale le malade apprécie assez bien les mouvements qu'on imprime dans ces articulations, pourvu que ces mouvements soient d'une grande amplitude. Dans l'articulation du pied droit et dans toutes les articulations de la jambe gauche le malade sent qu'on imprime des mouvements à ses articulations, mais il ne sait pas quels sont ces mouvements et il se trompe continuellement. Le signe de Romberg a notablement diminué. Appuyé sur sa canne, le malade peut rester debout les yeux fermés, il peut même pendant ce temps fléchir les genoux. Les autres symptômes tabétiques sont restés sans modification.

D'après les nouvelles que nous avons du malade, l'arthropathie du genou gauche a beaucoup augmenté et rend la marche très difficile.

OBSERVATION VIII. — *Tabes dorsalis. Développement rapide de l'incoordination motrice. Amélioration notable après quarante séances de traitement.*

M. M... âgé de quarante ans, négociant. Son père était goutteux, il est mort à l'âge de soixante-six ans d'une attaque apoplectique. La mère du malade est bien portante, mais très nerveuse. Le grand-père paternel est mort aliéné. Dans la famille maternelle, il y a également de l'aliénation mentale. Le malade a deux frères qui sont bien portants.

Antécédents personnels. — Le malade était toujours maigre et

d'une santé délicate, mais il n'a jamais fait de maladie grave. Il s'est beaucoup surmené dans sa vie, et pour ses affaires il devait beaucoup marcher. Il n'a jamais fait d'excès de boissons ni vénériens. Il n'a pas eu de syphilis. Marié depuis douze ans. Sa femme a eu une fausse-couche de trois mois. Il a trois enfants, dont l'aîné est atteint de crises nocturnes d'hystéro-épilepsie.

Début de la maladie. — En 1887 douleurs fulgurantes aux pieds, principalement aux orteils. Mais déjà quelques mois auparavant le malade souffrait de temps en temps de douleurs dans le rectum, après les selles, après avoir uriné et parfois après le coït. En 1890 sensation de ceinture. En septembre 1891, le malade tombe de bicyclette et se fracture le péroné de la jambe droite avec luxation du pied. A la suite de cet accident il reste couché pendant six semaines. Pendant toute cette période crises de douleurs fulgurantes atroces à l'endroit de la fracture. Au mois de mars 1893 le malade sent de la gêne en marchant. La jambe *gauche* restait en arrière. A cette époque le signe de Romberg existait déjà, puisque le malade tombait en se lavant la figure pendant la toilette. L'incoordination motrice dans les jambes se développe très rapidement. Vers la fin de l'année 1892 le malade ne pouvait plus marcher seul sans s'appuyer sur le bras de quelqu'un. Depuis six mois il ne peut plus du tout marcher seul, même dans son appartement. Depuis dix-huit mois de temps en temps incontinence nocturne des urines. Le jour des envies fréquentes et des fausses envies d'uriner. Constipation opiniâtre depuis le début de la maladie. Depuis septembre 1893 chute de la paupière gauche. Depuis la même époque impossibilité des rapports sexuels, par suite d'une anesthésie tactile de la verge. Le malade a des érections normales, mais il ne sent pas le contact de la femme.

Etat actuel (12 mai 1895). — Le malade est de grande taille, maigre, la coloration de la peau est d'un pâle verdâtre. Le malade s'occupe activement de ses affaires. Son intelligence et sa mémoire n'ont pas souffert. Il dort et mange bien.

La paupière gauche recouvre plus que la moitié du globe oculaire. Le malade peut par un effort de volonté corriger ce léger degré de ptosis. Il n'y a pas de diplopie, ni de strabisme. Le malade distingue bien les couleurs. *Les pupilles* sont égales des deux côtés, moyennement dilatées et réagissent, quoique lentement, à la lumière. Elles réagissent bien à l'accommodation. Rien à noter du côté de l'ouïe, du goût de l'odorat, des dents et de la langue.

Extrémités supérieures. — Tous les modes de la sensibilité cutanée sont intacts.

La sensibilité profonde (articulaire) est troublée aux articulations des doigts des deux mains, mais surtout à la main *gauche*. Le malade n'a aucune notion des mouvements qu'on imprime aux doigts dans les deux dernières articulations (phalangette sur phalangine,

phalangine sur phalange). La sensibilité dans l'articulation métacarpo-phalangienne est normale, ainsi que dans les autres articulations des membres supérieurs.

Aucun trouble d'incoordination motrice dans tous les mouvements des mains et des bras. L'écriture du malade n'est pas changée.

Extrémités inférieures. Sensibilité. — Anesthésie tactile sur toute la jambe droite jusqu'au pli inguinal; le toucher est normal sur le dos du pied gauche, sur une plaque grande comme la main au mollet et sur la surface antérieure de la cuisse. Sur le reste de la jambe gauche anesthésie tactile.

Anesthésie tactile sur toute la surface de la verge et du scrotum. *La piqûre* d'épingle est perçue avec un certain retard surtout à la plante et sur le dos des pieds. Ce retard est moins prononcé sur les jambes jusqu'aux genoux. Un peu d'hypoesthésie à la piqûre, sans retard de la perception, aux deux cuisses. Le froid et le chaud sont bien sentis.

Phénomène plantaire. — La friction rapide avec l'ongle le long de la plante du pied produit une sensation de douleur très vive. Ce phénomène se produit avec un certain retard et persiste pendant quelques secondes.

Les jambes sont maigres, mais la force musculaire est bien conservée. Rien d'anormal aux articulations. Quand le malade est couché, le pied gauche prend la position de varo-équin par suite d'un relâchement des muscles antéro-externes de la jambe. Par un effort de volonté le malade parvient à corriger cette position vicieuse du pied, mais aussitôt que l'attention du malade n'est pas dirigée de ce côté, le pied retombe.

La *sensibilité profonde* (articulaire, musculaire) est profondément troublée aux deux jambes. Si on lui croise les jambes, le malade, ayant les yeux fermés, ne sait pas quelle jambe est dessus, laquelle dessous. Il n'a aucune notion sur la position qu'on imprime à ses articulations, et il ne sait pas apprécier le degré de contraction des muscles des jambes (les yeux fermés naturellement). Tous les mouvements des jambes au lit, même les plus simples, sont très irréguliers et avec beaucoup d'écart.

Assis. — Le malade étant assis, les genoux sont rejétés au dehors, les cuisses en abduction, le pied gauche renversé. Pour se lever de son siège le malade se cramponne avec les mains sur les bords du fauteuil, ses genoux vacillent à gauche et à droite et il redresse brusquement les genoux. Pour s'asseoir il ne fléchit pas les genoux, mais se laisse tomber les jambes raides. Les pieds volent en l'air quand il tombe dans le fauteuil.

Debout. — Le malade ne peut pas rester debout seul. Il faut le soutenir. Le pied *gauche* reste tordu et ne touche le sol qu'avec le bord externe. Les deux pieds sont continuellement agités de mou-

vements. De temps en temps la pointe du pied se relève et le malade pivote sur les talons. Quand on invite le malade de fléchir les genoux, il les fléchit alternativement l'un après l'autre. Le signe de Romberg est très prononcé.

Locomotion. — En marchant le malade surveille attentivement ses pieds, aussitôt qu'il lève les yeux, le pied gauche se renverse et le malade tombe. Il n'a pas la démarche caractéristique des tabétiques. Il ne frappe pas du talon le sol. Il a au contraire l'air de toucher à peine le sol. Le malade met avec précaution le pied en avant en laissant le corps en arrière. Il a l'air de marcher sur de la glace. Pendant la marche les genoux fléchissent brusquement, tantôt une jambe refuse de suivre, et le malade reste comme collé sur place. Sans être soutenu le malade n'ose pas faire un pas. Même soutenu il ne peut monter, ni descendre un escalier. On est obligé de le porter.

Les *réflexes* rotulien, plantaire et crémastérien sont complètement abolis.

Les organes thoraciques et abdominaux ne présentent aucune anomalie. Constipation. Légère incontinence des urines le jour et surtout la nuit. Le malade mouille souvent sa chemise.

Commencement du traitement le 12 *mai* 1895. — Le malade n'a pu suivre notre traitement que pendant quarante jours. Néanmoins et malgré l'intensité de son incoordination motrice, il a été considérablement amélioré. Voici quel était l'état du malade avant son départ. Il exécute assez bien tous les mouvements au lit. Au lit le pied gauche ne se renverse plus.

Le malade s'assoit et se lève, sans canne, sans qu'on le soutienne et sans qu'il ait besoin de regarder ses pieds. Le malade marche assez convenablement à l'aide d'une canne dans la rue. On n'a pas besoin de le soutenir. Il peut ainsi parcourir quinze cents mètres. En marchant avec une canne, il n'a pas besoin de regarder ses pieds. Dans l'appartement et dans le jardin il peut faire une centaine de pas sans canne. Il peut rester debout les pieds joints. Il peut se tenir pendant quelques secondes sur une jambe. Enfin il exécute assez bien tous les exercices. Le malade monte et descend des escaliers en se tenant à la rampe, même les escaliers sans tapis et cirés. En s'appuyant sur sa canne, il peut rester debout les yeux fermés. Le ptosis est presque imperceptible.

On constate à l'examen une légère amélioration de la sensibilité musculo-articulaire. Si on lui croise les jambes, il reconnaît maintenant quelle jambe est dessus, laquelle est dessous. Le malade ayant les yeux fermés, reconnaît la position qu'on donne à son articulation coxo-fémorale et à l'articulation du genou, si les mouvements imprimés aux articulations ont une grande amplitude. L'articulation tibio-tarsienne est aussi anesthésique qu'au début du traitement. L'amélioration de la sensibilité profonde est à peu près

égale à gauche et à droite. Depuis quelque temps la malade n'a plus d'incontinence nocturne des urines, il n'a plus non plus mouillé sa chemise le jour.

Les autres symptômes du tabes sont restés sans modifications.

15 *mai* 1896. — D'après les nouvelles que nous recevons du malade qui habite la province, l'état du malade va toujours en s'améliorant. Il marche de mieux en mieux. Le malade continue les exercices tous les jours.

Observation IX. — *Tabes dorsalis. Développement très lent de l'incoordination motrice. Amélioration considérable de l'ataxie locomotrice après six semaines de traitement.*

M. M..., âgé de cinquante-deux ans, fonctionnaire. Le grand-père paternel est mort de paralysie générale. Pas d'autre hérédité neuro ou psychopathique.

Antécédents personnels. — N'a jamais fait de maladie grave. Pendant une dizaine d'années, excès alcooliques. Excès vénériens dans la jeunesse. N'a pas eu de syphilis. Marié à l'âge de trente ans. Un an après le mariage, sa femme fit une fausse couche. Elle a eu depuis trois enfants, dont le plus jeune est mort d'une méningite à l'âge de cinq ans.

Début du tabes.— En 1882, le malade sentait ses jambes lourdes, il lui semblait qu'il marchait sur du coton. Il n'était pas très ferme sur ses jambes. A cette époque sensation de ceinture serrée et douleurs fulgurantes dans les intestins. En même temps : affaiblissement de la puissance génésique et incontinence des urines. Signe de Romberg dès le début. En 1885, douleurs fulgurantes dans les pieds, les jambes et dans les trois derniers doigts de la *main gauche*. En 1891, à la suite de quatre séances de suspension, amélioration des symptômes vésicaux et des douleurs intestinales.

Jusqu'en 1893 le malade marchait et sortait seul. Il pouvait ainsi faire encore plusieurs kilomètres. Cependant ses genoux fléchissaient souvent et il tombait fréquemment. Au mois de juin 1893 le malade se fait une entorse légère au pied *gauche*, qui le retient au lit pendant une dizaine de jours. A partir de ce moment le malade n'ose plus sortir seul. Il se fait accompagner et s'appuie au bras de la personne qui l'accompagne. Dès le début de la maladie, c'était toujours *la jambe gauche qui était la plus mauvaise*, elle lui obéissait toujours moins que la droite.

Etat actuel (5 juillet 1895. — Le malade est de grande taille, robuste. L'état général est excellent. Le malade dort et mange bien. Très intelligent et d'humeur calme égale. Rien de particulier dans la conformation de la tête, aucune asymétrie au crâne, ni à la face; aucun stigmate physique de dégénérescence.

Yeux. — Pas de blépharoptose, ni de strabisme. Pas de diplopie.

Les *pupilles* sont moyennement dilatées et égales des deux côtés. Elles réagissent lentement à la lumière, mais très bien à l'accommodation. Le malade a la vue bonne et distingue très bien les couleurs. L'ouïe, le goût, l'odorat, la langue, les dents ne présentent rien de pathologique.

Extrémités supérieures. — La sensibilité tactile, thermique et à la douleur est normale des deux côtés. La sensibilité profonde articulaire et musculaire est normale dans le bras et dans la main droite.

Main gauche. — Le malade ayant les yeux fermés ne sent pas les positions qu'on donne aux doigts de cette main dans toutes les articulations des doigts, ni les mouvements qu'on imprime à la main sur l'avant-bras. Les moindres mouvements dans l'articulation cubitale et scapulo-humorale du même côté sont parfaitement sentis. Il y a un certain degré d'incoordination dans les mouvements de la main gauche. De temps en temps la malade a des douleurs fulgurantes dans les trois derniers doigts de la main gauche.

Extrémités inférieures. — *Sensibilité.* — Le toucher est normal sur toute la surface des jambes, excepté à la plante des pieds, où le malade sent un peu moins nettement. Il y a un certain retard dans la perception de la douleur, surtout à la plante des pieds, où ce retard est de quatre à cinq secondes. A mesure qu'on monte le long des jambes ce retard diminue. Il disparaît à la hauteur des genoux. Le malade n'a pas de thermo-anesthésie.

Phénomène plantaire. — Le passage rapide de l'ongle le long de la plante des pieds provoque une vive douleur (une cuisson), qui persiste pendant plus d'une minute. Le malade croit que je l'ai brûlé avec un thermocautère.

La *sensibilité profonde* (musculaire articulaire) est très peu troublée, excepté à l'articulation des pieds, où le malade ne sent pas les mouvements qu'on leur fait prendre. Aux genoux le malade sent le moindre mouvement. Aux hanches le malade ne sent que les mouvements à grande amplitude. Les petits écarts sont mal appréciés, surtout les mouvements d'adduction et d'abduction de la cuisse. Ces troubles sont à peu près égaux à gauche et à droite. Les muscles sont bien conservés et la force musculaire est considérable. Rien d'anormal aux articulations.

Incoordinaton.— *Couché.* — Quand le malade lève la jambe droite d'une seule pièce, il se produit un mouvement de rotation en dehors dans l'articulation coxo-fémorale, la pointe du pied est dirigée en dehors. Ce phénomène est plus prononcé dans la jambe gauche, puisqu'elle est violemment entraînée en dehors. Si le malade fait des abductions et adductions avec la cuisse, le genou étant fléchi, il se produit des mouvements d'oscillation du genou à gauche et à droite que le malade ne peut pas empêcher. En même

temps, on constate que les muscles du mollet sont agités par des contractions fibrillaires. Etant couché la tête basse, si le malade essaie de s'asseoir sans s'appuyer de ses mains les jambes se soulèvent, surtout la gauche.

Debout. — Le malade ne peut pas rester debout les pieds joints. Les jambes et les pieds sont agités de mouvements. Le pied gauche tourne, malgré le malade, sur le talon et se place la pointe en dehors. Les pieds se soulèvent sur les talons et le malade tombe en arrière. Si le malade essaie de fléchir le corps en avant les genoux fléchissent brusquement. C'est le genou gauche qui fléchit le premier. Le malade s'assoit lourdement et se lève difficilement. Le signe de Romberg est très prononcé.

Locomotion. — Le malade peut marcher seul sans canne. La démarche est franchement ataxique. Il talonne fortement. Le pied gauche est placé avec le talon en dedans, la pointe dirigée en dehors. Dans la rue, pour monter ou descendre un escalier, le malade prend le bras de la personne qui l'accompagne et s'appuie sur une canne. Les *réflexes* rotuliens, plantaires et crémastériens sont totalement abolis.

Le malade est constipé. Le jour il est forcé d'uriner souvent. La nuit il a parfois de l'incontinence d'urine.

Aux organes internes rien de pathologique.

Commencement du traitement le 5 juillet 1895. — Après six semaines de traitement amélioration considérable de l'incoordination motrice. Le malade peut maintenant marcher seul pendant plus d'une heure et demie, sans ressentir trop de fatigue après. La démarche a complètement changé de caractère. Il ne frappe plus le sol avec les talons. Il s'applique à marcher sur la partie antérieure de la plante du pied. Il n'éprouve plus aucune difficulté pour se lever et s'asseoir. Le malade trouve que son corps est devenu plus léger. Il monte sans difficulté les escaliers. Enfin il fait tous les exercices avec beaucoup de régularité. Seul le signe de Romberg n'est pas modifié.

La sensibilité profonde des articulations des pieds est toujours aussi troublée qu'au début du traitement. L'incontinence vésicale a été également favorablement influencée par le traitement. Le jour le malade reste trois, quatre heures sans uriner. Depuis longtemps il n'a plus eu d'incontinence la nuit.

ASILES D'ALIÉNÉS.

ASSISTANCE DES ALIÉNÉS DANS L'ÉTAT DE NEW-YORK[1]

RAPPORT DE LA COMMISSION DE SURVEILLANCE POUR L'EXERCICE FISCAL 1894. (Imprimé en août 1895.)

(Analysé par le Dr DARIN.)

Deuxième partie. — SYSTÈME DES ASILES DE COMTÉS (New-York, 4, et Kings, 2).

La commission insiste sur l'urgente nécessité de rattacher ces asiles (comme l'ont été ceux des 58 autres comtés de l'Etat de New-York) au système gouvernemental. Si ce transfert n'est pas possible, il faudrait au moins les soumettre à un conseil spécial, pour les détacher du service de Charité et de correction.

La commission d'Etat exerce son contrôle sur tous les systèmes. La municipalité a l'administration de ses asiles : deux médecins directeurs généraux gouvernent l'un les quatre asiles de New-York, l'autre les deux asiles de Kings County.

Dans le courant de l'année 1894, le *New-York Herald* ayant accusé l'administration de fautes graves, le maire de New-York prescrivit une enquête dont, au termes de la loi devait être chargée la commission d'Etat présidée par le Dr Mac-Donald ; L'attorney général y assiste de droit. Le bureau des Charités et des corrections s'y fit représenter par son président et d'autres membres. Enfin, le *New-York Herald* y envoya également un délégué. Dans ces conditions, l'enquête ne pouvait manquer d'être sérieuse.

Près de 100 témoins déposèrent sous serment et tous les documents réunis forment un ensemble de 5,730 pages.

Nous croyons devoir résumer les résultats de cette enquête, ce qui nous dispensera de donner les réponses aux soixante questions posées aux directeurs généraux des asiles, comme elles l'avaient été aux directeurs des hôpitaux d'Etat, avec certaines modifications imposées par la différence des systèmes.

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 10.

Les accusations formulées par le New-York Herald se groupent sous 16 chefs principaux :

1. On reproche à la commission de Charités et de Corrections de négliger ses devoirs et responsabilités, d'avoir commis des infractions aux lois de l'Etat, d'avoir fait des virements de fonds, etc. L'enquête a établi, en effet, que cette commission négligeait les visites et les inspections des asiles. La loi a voulu que l'administration des asiles d'aliénés fût absolument distincte de celle des établissements de correction ; on ne s'y est pas conformé.

2. On reproche au corps médical son incompétence, son insuffisance et la négligence de ses devoirs. — L'enquête le justifie absolument. Le directeur général et les deux médecins en chef sont signalés, en particulier, pour leurs mérites considérables et les autres médecins sont généralement dignes d'éloges. La façon dont ils s'acquittent de leurs fonctions est d'autant plus méritoire que leurs appointements avec les accessoires (logement, ameublement, nourriture etc.) ne répondent pas à la somme de devoirs et de responsabilités qui leur incombent.

Indiquons, à ce propos, les traitements du personnel médical pour les établissements de New-York, ceux des médecins des asiles de Kings étant un peu inférieurs.

En 1894	fr.	*Pour* 1895	fr.
1 méd. direct. général .	à 22,500	. . . .	22,500
2 — en chef.	à 12,500	. . . .	17,500
1 — (fais. fonct.). .	à 9,000	2 autres méd. en chef .	12,500
1 — —	à 7,000	2 — — adjoints.	10,000
2 — en chef adjoints.	à 6,750	2 — — —	8,750
2 — —	à 6,000	3 — — adj. senior	7,500
3 — adjoints senior .	à 5,000	3 — — —	7,000
3 — — —	à 4,500	3 — — —	6,500
2 — — —	à 4,000	3 — — —	6,000
2 — — —	à 3,000	3 — — —	5,500
2 — — —	à 2,500	3 — — —	5,000
19 — — junior.	à 1,500	3 — — —	4,500
		3 — — —	4,000
		31 — — junior. .	2,500

Tous les médecins sont gradués de collèges médicaux.

6 seulement ont des titres classiques (instruction secondaire), 4 seulement dans les asiles de Kings (sur 11).

23 ont fréquenté les hôpitaux généraux, 7 seulement dans les asiles de Kings (sur 11).

3. Les gardiens et infirmiers sont incompétents, négligents, brutaux envers les malades et en nombre insuffisant. — Il y a eu des actes de brutalité commis sur les malades, et de très graves, mais tout à fait exceptionnels, et ces mauvais serviteurs ont été chassés. Leur nombre est certainement insuffisant, car il n'y en a

qu'un pour 16 malades, la proportion étant de 1 pour 7 dans les hôpitaux de l'Etat. Ils se plaignent de leurs salaires et de la nourriture, et les infirmières viennent même de signer une pétition à ce sujet. L'enquête insiste sur l'ensemble des qualités qu'exige un bon infirmier.

4. La nourriture des malades est insuffisante en quantité, qualité et variété, mal préparée et mal servie. — C'est exact d'une manière générale. On a soumis le régime réglementaire à l'examen du professeur Flint, qui l'a reconnu suffisant, mais il n'a pu naturellement se prononcer sur la qualité et la préparation des aliments, ni sur l'exécution du programme. Quant au régime des malades, il l'a jugé insuffisant comme variété. L'enquête a appris qu'on achetait bon nombre d'articles à une maison qui fournit aux établissements de charité et de correction, et que leur qualité ne répond pas aux besoins des aliénés.

5. Le vêtement, le coucher et l'ameublement pour les malades est insuffisant en quantité et de qualité inférieure. — Reconnu exact. En particulier, une grande proportion des lits consistent en paillasses communes ; toutefois, on tend à leur substituer des couchettes en fer et des matelas de crin.

6. On ne donnerait pas les stimulants alcooliques nécessaires au traitement des malades. — Accusation légère qui tient probablement à ce que le médecin en chef seul a le droit de prescrire ce genre de stimulants et qu'il y a eu deux ou trois fois du retard dans leur administration.

7. L'organisation des bains est insuffisante et on ne les donne pas convenablement.

C'est vrai pour l'établissement qu'on vient d'acquérir à Ward' Island ; mais, en général, l'organisation et l'administration des bains, sont suffisantes. Toutefois l'enquête a appris que dans le quartier des hommes, on avait parfois baigné plusieurs malades dans la même eau.

8. Les instruments et appareils médicaux seraient fort insuffisants. — L'arsenal, tout varié qu'il soit, est loin en effet d'être aussi complet qu'il devrait l'être. Cependant, le Dr Dent, médecin en chef, a déclaré qu'il n'avait jamais eu la moindre difficulté à obtenir les instruments que pouvait nécessiter telle ou telle opération particulière.

9. Le scorbut régnerait dans les asiles, par suite de l'insuffisance du régime. — La vérité est qu'on voit, de temps en temps, des cas sporadiques, chez des sujets dont les facultés digestives sont altérées au point d'entraver l'assimilation d'aliments suffisants comme quantité et variété ou chez ceux qui refusent de se nourrir. Chaque fois que ces cas se sont présentés (comme cela arrive dans les grands asiles) on les a promptement traités par une médication appropriée et un changement de régime.

10. On a signalé la mort d'un malade par des doses exagérées de drogues puissantes. — En effet, une femme recevait de temps en temps, jusqu'à 7 gr. 20 de morphine à la fois ; 0 gr. 60 d'hyoscyamine ; 5 gr. 5 de chloral. Le médecin qui a prescrit ces doses dit que la malade avait une tolérance remarquable pour ces drogues, etc. La commission ne peut admettre ces raisons et blâme absolument ces doses excessives, bien que la mort n'ait probablement pas été due à leurs effets immédiats.

11. On n'isolerait pas convenablement les sujets atteints de maladies infectieuses, négligence qui aurait entraîné au moins un cas de mort. — En effet, on n'a pas toujours, faute de place, isolé des sujets atteints de phtisie pulmonaire. Le cas de mort se rapporte à une femme accouchée dans une salle où il y avait des érysipèles. On en fait remonter la responsabilité à la *doctoresse* chargée de l'accouchement. Dans un autre cas, la victime aurait été infectée avant son admission.

12. On aurait fait faire à des malades femmes des travaux excessifs et peu compatibles avec leur sexe. — Dans un asile, on a, il est vrai, fait blanchir des murs à la chaux par certaines femmes fortes et vigoureuses. Mais, la commission n'a pas retrouvé sur leurs mains les lésions que l'accusation signalait comme des effets corrosifs de la chaux. On a d'ailleurs renoncé à cette pratique. — On a prétendu aussi que certaines femmes avaient eu de l'hygroma des genoux après le frottement des parquets. — Mais l'hygroma se produit souvent sans cause apparente, et le travail en question n'excède pas les forces de la femme, à la condition d'être modéré.

13. On a dû abandonner un asile délabré pour transférer les malades dans un autre avant que celui-ci fût complètement aménagé, d'où beaucoup d'incommodités et de fatigues imposées aux pensionnaires et au personnel. — Le fait est vrai, mais tout est rentré dans l'ordre aujourd'hui.

14. Il y aurait eu des internements illégaux et des détentions prolongées indûment après la guérison des malades.

La commission n'a pu découvrir aucun fait justifiant ces accusations.

15. Les asiles ne présenteraient pas des facilités suffisantes pour la distraction et l'occupation des malades. — C'est exact pour certains asiles qui restent, sous ce rapport, fort au-dessous des moyens dont disposent les hôpitaux de l'Etat.

16. Les asiles seraient beaucoup trop encombrés. — En effet, le directeur général reconnaît que les asiles renferment actuellement 2,500 malades de plus qu'ils n'en peuvent contenir. Les lits se touchent dans les dortoirs, etc., etc. Les bâtiments sont défectueux. Dès 1891, la législature avait autorisé la ville de New-York à contracter un emprunt de 2 millions et demi pour faire de nouvelles constructions et réparer les anciennes ; on a commencé les

travaux et il faut espérer que l'on remédiera bientôt aux vices signalés et qui ne sont que trop réels.

17. La commission ne s'est pas tenue à l'examen des points saillants des accusations du *Herald;* elle a voulu étudier tous les détails de l'administration et elle est convaincue que les défauts relevés tiennent au système lui-même et qu'on n'y remédiera qu'en rattachant les asiles municipaux aux hôpitaux d'Etat.

Le budget de l'assistance des aliénés est alimenté par une taxe spéciale. Or, la ville de New-York contribue aux dépenses de tous les aliénés de l'Etat et sa part se monte à environ 45 p. 100 du total, c'est-à-dire à 3 millions par an, en chiffres ronds; mais il faut qu'elle paie en outre pour ses propres aliénés. C'est donc une double taxation[1]. — Mais elle a le droit de confier à l'Etat le soin et l'entretien de ses fous; ce qui serait tout à la fois une économie pour les contribuables et un bienfait pour les aliénés. Et pourquoi refuser à ceux-ci de meilleurs soins et plus de chances de guérison? Beaucoup d'entre eux raisonnent et jugent sainement en dehors de leurs aberrations mentales, et ne sont pas insensibles aux bons et aux mauvais traitements. En outre, ils sont victimes d'une maladie qui, à l'inverse des autres, exige en règle générale la privation de la liberté comme nécessaire à la guérison. C'est là ce qui autorise l'Etat à édicter pour eux des mesures spéciales. Les aliénés sont particulièrement les pupilles de l'Etat et ils sont à son égard dans une relation semblable à celle des enfants envers leurs parents, c'est là un principe admis par toutes les nations civilisées. Les caractériser comme des pauvres, simplement parce qu'ils reçoivent l'assistance publique, et se borner à leur accorder les soins qu'on donne ordinairement aux indigents, serait d'une injustice flagrante. Il ne faut pas oublier que beaucoup d'entre eux ont été des contribuables jusqu'au début de leur maladie. Le terme de pauvre ne peut donc convenir qu'à un petit nombre de ces malheureux. Beaucoup s'ils avaient une autre affection, seraient soignés chez eux ou par leurs proches. Ils représentent toutes les couches sociales, etc., etc.

C'est un fait bien connu que l'Etat est toujours plus large et

[1] L'entretien de ses propres aliénés a coûté (en 1893-94) à New-York 4,500,000 francs. Outre les 3 millions représentant sa part dans les dépenses des aliénés de l'État, elle a payé 45 p. 100 des constructions nouvelles, réparations, etc. Soit 2,250,000 francs. Puis ses propres constructions 1,500,000. Total 11,400,000 francs. Le calcul montre que le rattachement des Asiles à l'État économiserait à la ville 3,300,000 francs par an.

La loi a autorisé la ville de New-York à soigner elle-même ses aliénés, parce que la ville a construit des asiles spéciaux au lieu de maintenir les fous dans les dépôts de mendicité, comme cela avait lieu dans les autres comtés de l'État, avant la promulgation de la loi sur l'assistance des aliénés.

plus libéral, en matière d'assistance, que ne le sont les autorités locales. En d'autres termes, l'expérience a montré partout que plus les rapports sont intimes entre le pouvoir créditeur et la localité où doivent se dépenser les crédits ouverts pour les besoins d'assistance, plus le pouvoir est parcimonieux. Et, de fait, les aliénés ont toujours souffert de l'administration locale. La commission émet donc le vœu que les asiles de comtés soient rattachés le plus tôt possible au système des hôpitaux d'Etat.

Troisième partie. — ETABLISSEMENTS PRIVÉS

Ces établissements doivent, comme chez nous, être autorisés par le gouvernement et sont placés sous la surveillance de la commission d'Etat, qui impose aussi un questionnaire auquel doivent répondre tous les directeurs successivement. Le rapport de cette année signale le danger des maisons consacrées au traitement des *maladies nerveuses* qui échappent à la surveillance de la commission et qui devraient être également soumises à l'autorisation gouvernementale. Il y a, dans l'état de New-York, 18 établissements privés d'aliénés, pouvant recevoir depuis 12 malades jusqu'à 375, volontaires ou d'office. La population journalière moyenne a été de 863 dont 142 guéris (16,45 p. 100) et 95 morts (11,01 p. 100).

La commission classe, sous le nom d'*inebriates* (enivrés) les alcooliques, les morphinomanes, etc. L'établissement pouvant contenir 375 pensionnaires a eu, dans l'année, 12 hommes et 2 femmes *inebriates*, devenus fous, dont 9 sortis guéris et 5 améliorés.

Dans les 17 autres, il y a eu 14 inebriates, non aliénés, et sortis plus ou moins améliorés.

Tous ces établissements réunis n'ont reçu, dans l'année, que 3 fous congédiés comme guéris l'année précédente. Ils comptent 36 médecins (soit 1 par 24 malades). Quelques-uns sont propriétaires et ont des médecins adjoints ou des consultants. La plupart résident dans l'établissement ou ses dépendances.

Ces maisons rivalisent de zèle pour les soins et le traitement des malades, électricité, hydrothérapie perfectionnée. — Jeux variés, musique, théâtre, danses, promenades, etc., etc.

Elles utilisent, en général, les *draps de protection* et la camisole comme moyens de contrainte mécaniques qui, dans certains cas, « sont aussi nécessaires que les attelles ou les appareils inamovibles pour les fractures ».

Jamais les sédatifs, narcotiques, etc., ne sont prescrits comme substituts de ces moyen de contrainte.

Pour les exercices et les promenades à l'air libre, on n'a point, dans ces établissements, de petits espaces clos, qui peuvent avoir leur utilité dans les grands asiles publics, à la condition d'être gazonnés et ombragés.

En moyenne, il y a 1 gardien ou infirmier pour 3 malades. — La surveillance de nuit s'exerce à tour rôle.

En général on n'emploie pas de femmes dans les quartiers d'hommes; cependant, dans un établissement, il y a une sœur de charité dans chaque salle et des femmes dans les réfectoires. La plupart des rapports ne sont pas favorables à la substitution des femmes aux infirmiers. Les autres reconnaissent ses avantages dans certains cas.

Les salaires des employés varient beaucoup suivant les maisons. Les hommes reçoivent depuis 70 francs jusqu'à 150 francs par mois; les femmes ne dépassent guère 100 francs. Cependant les infirmiers qui ont suivi des cours spéciaux, peuvent gagner jusqu'à 300 francs. Le nombre en est d'ailleurs fort limité et leur recrutement, dit un rapport, est fort difficile à New-York. Sur 280 employés environ, il y a eu beaucoup de renvois et de démissions pendant l'année : métier pénible et pas très bien rémunéré.

Les malades des deux sexes n'ont généralement pas de réfectoires communs. On n'approuve pas cette communauté. Cependant dans les petits établissements, on les réunit parfois à la table de famille.

Prix de la pension par *semaine*. Le minimum varie généralement de 50 francs à 375 francs par semaine. Le plus grand établissement a 6 p. 100 de malades gratuits. Par contre, son prix maximum est de 750 francs par semaine, voilà ses deux extrêmes. La maison estime ses frais à 50 francs par tête. Elle perd sur environ la moitié de ses pensionnaires. L'ensemble des 18 établissements a reçu, dans l'année, 70 malades *volontaires*, 43 hommes, 27 femmes.

Cinquième partie. — DOCUMENTS STATISTIQUES

Ils sont très nombreux et occupent près du tiers du rapport. Nous n'en extrairons que les plus généraux.

Le nombre total des fous internés au 1er oct. 1894 était de . . . . 19,088 { 9,172 hommes. 9,916 femmes.

Soit 736 de plus que l'année précédente.

Les 9 hôpitaux de l'Etat en renfermaient	9,571
Les 6 asiles des comtés.	8,698
Les 18 asiles privés autorisés	819

		Proportion des guérisons	Proportion des décès
		SUR LA POPULATION JOURNALIÈRE MOYENNE	
Dans les 9 hôpitaux d'Etat	(9,668)	6,3 p. 100	10 p. 100
— 6 asiles publics .	(8,507)	2,81 —	9,43 —
— 18 asiles privés . .	(863)	16,45 —	11,01 —

Service médical :

	Médecins.	Malades.	PRIX DE REVIENT du service médical par tête.
Dans les 9 hôpitaux d'Etat .	54	soit 1 p. 171	50 fr.
— 6 asiles publics :			
4 pour New-York.	37	soit 1 p. 170	27 —
2 pour Kings. .	11	soit 1 p. 203	22 —
— 18 asiles privés. . .	36	soit 1 p. 24	» —

Employés :

Dans les 9 hôpitaux d'Etat .	2,171 employés, soit 1 p. 4,26 malades.	et 1 infirmier p. 7,24 malades.	320 fr. par tête.
Dans les 6 asiles publics. . .	1,065 employés, soit 1 p. 8 malades.	et 1 infirmier p. 9,5 malades.	
Dans les 18 asiles privés . . .	273 employés, soit 1 p. 3 malades.		

Dépenses d'entretien (alimentation, vêtement, etc.) :

Dans les 9 hôpitaux d'Etat.	924 fr. 20	par tête.
— 4 asiles de New-York	655 fr. 20	—
— 2 asiles de Kings	702 fr. »	—

La moyenne des dépenses de bouche a été de 248 francs par tête dans les 9 hôpitaux d'Etat. Voyons-en le détail pour l'hôpital Saint-Lawrence, dont la dépense a été de 246 fr. 45 par tête.

	PRIX MOYEN D'ACHAT Fr. C.	DÉPENSE ANNUELLE PAR TÊTE Fr. C.	
Viandes fraîches (la livre de 453 grammes).	0,30	91,35	246 fr. 25
Volaille.	0,65	2,72	
Farine (le baril de 163 k,5)	17,85	26, »	
Beurre	0,925	41,25	
Fromage	0,515	4,77	
Lait (le gallon de 3 l,78).	0,50	25,85	
Œufs.	0,70	15,30	
Thé	1,075	10,05	
Café	1,145	13,54	
Sucre.	0,20	13,22	
Liqueurs dist. (le gallon)	9,345	2,40	

Coût total des hôpitaux et asiles.

Depuis 1843, date de l'érection du premier hôpital pour 955 malades, jusqu'au 1er octobre 1894, où l'on en soigne près de 20,000, l'Etat de New-York a dépensé :

Pour les 9 hôpitaux d'Etat . . .	70,220,000	soit 118,657,000 fr.
— 6 asiles publics	38,437,000	
— 18 asiles privés.	10,000,000	

Les recettes pour l'année fiscale 1894. (Impôts, pensionnaires, payants, etc.)

Pour les 9 hôpitaux d'Etat . . . 12,270,972
— 6 asiles publics . . . . 7,562,532 } soit 21,414,584 fr.
— 18 asiles privés. 1,581,080

	Les 9 hôpitaux d'Etat présentent ensemble.	Les 4 asiles de New-York.	Les 2 asiles de Kings.
Une superficie (terre et bâtiments) de	1,956 hect.	1,351 hect.	400 hect.
Valeur de ces propriétés	54,587,045 fr.	22,591,000 fr.	15,000,000 fr.
Valeur de la propriété personnelle	4,589,490 fr.	1,275,187	686,863
Surface cultivée. .	1,259 hect.	185 hect.	53 hect.
Les bâtiments peuvent loger. . . .	9,232 pens.	4,826	2,178
Nombre journalier moyen des malades pendant l'année fiscale 1894 .	9,240.	6,274	2,233

Dépenses de l'année.

Appointements des médecins et employés supérieurs	612,665 fr.	176,120 fr.	Non indiqués
Gages du personnel	2,953,890	1,126,835	—
Vivres et provisions	2,671,580	2,030,665	—
Réparations ordinaires.	181,395	17,485	—
Fermes et jardins .	231,510	25,765	—
Vêtement	429,085	342,960	—
Ameublement et coucher	177,120	221,008	—
Livres et papeterie.	50,995	0	—
Chauffage et éclairage	882,210	386,960	—
Pharmacie.	91,525	36,625	—
Dépenses diverses.	213,510	192,555	—
Transfert des malades	86,290	0	—
Total. . . .	8,581,775 fr.	4,556,978 fr.	
Prix moyen de la journée	2 fr. 68	2 fr. 17	1 fr. 93

(Ce prix varie beaucoup plus que chez nous dans les divers établissements: ainsi, dans les hôpitaux d'Etat il va de 1 fr. 91 à 3 fr. 23 et dans les asiles de New-York, de 1 fr. 61 à 3 fr. 09.)

Salaires maximum moy. des infirmiers :			
Hommes . . .	2,050 fr.	2,325 fr.	1,500 fr.
Femmes . . .	1,525	1,425	1,080
Salaires minimum moy. des infirmiers :			
Hommes . . .	1,720 fr.	1,500	1,080
Femmes . . .	795	1,185	720

(Ces salaires varient beaucoup aussi suivant les établissements ; ainsi pour les hommes, dans les hôpitaux d'Etat leur maximum varie de 1,680 à 3,000 francs, et de 2,100 à 3,000 francs dans les asiles, leur minimum varie de 1,200 à 2,100 francs dans les hôpitaux. Tandis que dans les asiles, 1,500 francs est un minimum uniforme.

Proport. moyenne des gardiens de jour relativt à la pop. journ. moy., varie de.	1 p. 7 à 1 p. 12	de 1 p. 6 à 1 p. 16	1 p. 10.
Proportion des gardiens de nuit varie de.	1 p. 43 à 1 p. 75	de 1 p. 39 à 1 p. 80	1 p. 39.
Proport. des pensionnaires journelt employés à des travaux utiles varie de.	25 à 78 p. 100	de 35 à 95 p. 100	47,5 p. 100.
Valeur estimée des prod. des fermes et jardins pendant l'année. . .	pr les 9 hôpitaux. 845,025 fr.	pr les 6 asiles. 66,528 fr.	
Valeur estimée des art. faits ou manufacturés par les malades.	368,755 fr.	364,440 fr.	

Nous aurions voulu reproduire les tableaux indiquant les causes attribuées aux cas de folie, pour montrer comment on comprend l'étiologie de l'aliénation mentale aux Etats-Unis; mais nous n'aurions pas la place nécessaire.

Signalons pourtant les causes les plus importantes. Sur 28,453 malades des deux sexes admis dans les hôpitaux et asiles depuis l'année 1888 :

Causes morales (chagrins, soucis, excitation politique et religieuse)	4,899
Hérédité et influences héréditaires	1.442
Intempérance (alcoolisme).	3,792
Mauvaise santé générale	1,271
Epilepsie.	1,197

Excès de travail	782
Masturbation	778
Traumatismes de la tête	465
Grippe	287
Coups de soleil et chaleur excessive	284
Syphilis	247
Puerpéralité	549
Ménopause	328
Sénilité	1,129

Tableau indiquant les formes d'aliénation des malades admis, guéris et morts, pendant l'exercice 1894, *dans les* 9 *hôpitaux de l'État.*

	ADMIS	GUÉRIS	MORTS
Manie aiguë	396	184	66
— subaiguë	298	76	16
— récurrente	43	20	6
— chronique	368	8	73
Mélancolie aiguë	565	217	75
— subaiguë	188	54	12
— chronique	213	8	69
Folie (circulaire) alternante	11	0	1
Paralysie générale	152	0	131
Démence primitive	19	10	8
— terminale	1,395	0	408
Epilepsie	179	4	42
Imbécillité	115	0	13
Idiotie	23	0	4
Alcooliques, morphinomanes, etc. (non aliénés)	36	0	1
	4,001	581	925
		Soit 14,5 p. 100	23 p. 100

POPULATION JOURNALIÈRE	GUÉRISONS : 585	MORTS : 914
Moyenne : 9,236	soit 6,3 p. 100	10 p. 100

Mais ces proportions moyennes donnent une fausse idée de la réalité, car, selon les établissements :

La proportion des guérisons a varié de. . . 2,2 à 10,70 p. 100
Et la proportion des décès a varié de. . . . 4 à 15,25 —

Sur les 4,001 admissions, dans les hôpitaux d'Etat, en 1894 :

3,404	entraient pour la	1re fois,	après une 1re guérison	17
505	—	2e —	après avoir été congédiés antérieurement comme guéris.	89
59	—	3e —	après avoir été congédiés antérieurement comme guéris.	20
33	—	4e —	ou davantage, après avoir été congédiés antérieurement comme guéris	20

Tendance héréditaire chez les 4,001 aliénés reçus en 1894 :

	HOMMES	FEMMES
Branche paternelle	145	116
— maternelle	141	176
Les deux branches, pat. et mat.	24	25
Branches collatérales	138	203
Point de tendance héréditaire	630	564
Non déterminée	966	870
Non fous	3	»
	2,047	1,954

Leur état civil :

	HOMMES	FEMMES
Célibataires	1,090	765
Mariés	757	797
Veufs	151	349
Divorcés	4	5
Non déterminé	45	38

Leur instruction :

	HOMMES	FEMMES
Instruction de collège	38	12
— académique	80	101
Ecole communale	1,165	1,082
Sachant lire et écrire	138	70
Sachant lire seulement	101	127
Sans instruction	165	172
Non déterminée	360	390

Chez les congédiés comme guéris pendant l'année 1894.

DURÉE de la folie antérieurement à l'admission.	HOMMES	FEMMES	DURÉE de leur traitement	HOMMES	FEMMES
Moins de un mois	110	93	—	8	8
De 1 à 3 mois	69	81	—	68	52
De 3 à 6 —	29	40	—	81	74
De 6 à 9 —	19	19	—	54	60
De 9 à 12 —	6	7	—	37	32
De 12 à 18 —	12	12	—	22	26
De 18 mois à 2 ans	5	2	—	13	7
De 2 à 3 —	4	5	—	9	16
De 3 à 4 —	6	4	—	5	3
De 4 à 5 —	6	1	—	1	0
De 5 à 10 —	5	7	—	1	3
De 10 à 20 —	1	1	—	1	0
Indéterminée	28	9	—	»	»
	300	281		300	281

Chez les congédiés non guéris pendant l'année 1894.

DURÉE de la folie antérieurement à l'admission.	HOMMES	FEMMES	DURÉE de leur traitement	HOMMES	FEMMES
Moins de 1 mois.	49	47	—	40	35
De 1 à 3 —	32	53	—	59	78
De 3 à 6 —	39	37	—	75	99
De 6 à 9 —	24	33	—	47	45
De 9 à 12 —	15	7	—	31	33
De 12 à 18 —	34	43	—	56	50
De 18 mois à 2 ans . . .	8	9	—	33	31
De 2 à 3 — . . .	54	53	—	67	55
De 3 à 4 — . . .	27	52	—	62	49
De 4 à 5 — . . .	20	37	—	36	54
De 5 à 10 — . . .	82	76	—	100	124
De 10 à 20 — . . .	71	72	—	101	78
De 20 à 30 — . . .	50	44	—	23	13
Au delà de 30 — . . .	30	42	—	»	»
Non fous (alcooliques, etc.).	10	8	—	10	8
Indéterminée.	195	139	—	»	»
	740	752		740	752

Chez les décédés pendant l'année 1894.

DURÉE de la folie antérieurement à l'admission.	HOMMES	FEMMES	DURÉE de leur traitement	HOMMES	FEMMES
Moins de 1 mois.	57	36	—	85	50
De 1 à 3 —	44	29	—	71	43
De 3 à 6 —	36	32	—	62	60
De 6 à 9 —	27	23	—	21	36
De 9 à 12 —	14	15	—	32	22
De 12 à 18 —	39	23	—	43	36
De 10 mois à 2 ans . . .	9	5	—	47	33
De 2 à 3 — . . .	51	35	—	57	36
De 3 à 4 — . . .	22	22	—	25	21
De 4 à 6 — . . .	30	35	—	25	21
De 6 à 10 — . . .	35	33	—	22	11
De 10 à 20 — . . .	33	46	—	17	29
Au delà de 29 — . . .	26	29	—	4	15
Non fous (alcooliques, etc.).	1	»	—	1	»
Indéterminée.	88	50	—	»	»
	512	413		512	413

Ages des malades admis en 1894 *dans les hôpitaux d'État.*	HOMMES	FEMMES	*Et depuis le 1er octobre* 1888. HOMMES	FEMMES
De 5 à 10 ans. . .	»	»	2	3
De 10 à 15 — . . .	4	7	22	22
De 15 à 20 — . . .	58	47	330	223

	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
De 20 à 25 — . . .	170	117	690	516
De 25 à 30 — . . .	219	177	1070	752
De 30 à 35 — . . .	196	174	980	805
De 35 à 40 — . . .	314	265	1292	935
De 40 à 50 — . . .	416	442	1774	1683
De 50 à 60 — . . .	334	346	1243	1201
De 60 à 70 — . . .	181	205	768	764
De 70 à 80 — . . .	114	128	428	417
De 80 à 90 — . . .	23	35	105	125
De 90 à 100 — . . .	1	2	5	6
Indéterminé	17	9	25	22
	2047	1954	8734	7474

Ages des congédiés guéris pendant l'année 1894. — *Et depuis le* 1er *octobre* 1888.

	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
De 10 à 20 ans. .	14	23	99	109
De 20 à 30 — .	93	69	490	448
De 30 à 40 — .	71	78	483	450
De 40 à 50 — .	67	58	361	313
De 50 à 60 — .	34	33	182	195
De 60 à 70 — .	15	17	88	81
De 70 à 80 — .	5	2	25	15
De 80 à 90 — .	»	»	1	»
Indéterminés. . .	1	1	1	3
	300	281	1,730	1,614

Ages des décédés pendant l'année 1894. — *Et depuis le* 1er *octobre* 1888.

	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
De 10 à 15 ans. .	»	»	»	2
De 15 à 20 — .	3	4	10	10
De 20 à 25 — .	12	13	60	41
De 25 à 30 — .	27	28	115	81
De 30 à 35 — .	33	32	152	93
De 35 à 40 — .	49	20	230	116
De 40 à 50 — .	100	77	422	308
De 50 à 60 — .	98	80	382	333
De 60 à 70 — .	77	73	350	284
De 70 à 80 — .	86	61	291	254
De 80 à 90 — .	23	19	90	80
De 90 à 100 — .	4	4	8	14
Indéterminés. . .	»	2	4	4
	512	413	2,114	1,620

	Durée alléguée de la folie antérieurement à l'admission des malades reçus pendant l'année 1894 (dans les hôpitaux d'État).		*Durée de l'internement des malades restant en traitement à la fin de l'année fiscale 1894 (30 septembre).*	
	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
Moins de 1 mois . .	266	244	86	84
De 1 à 3 — . .	207	191	216	201
De 3 à 6 — . .	149	124	282	282
De 6 à 9 — . .	97	98	259	253
De 9 à 12 — . .	36	32	490	420
De 12 à 18 — . .	105	99	327	265
De 18 mois à 2 ans.	29	32	304	349
De 2 à 3 ans. . .	92	114	586	474
De 3 à 4 — . .	67	73	522	477
De 4 à 5 — . .	63	56	263	268
De 5 à 10 — . .	189	258	807	830
De 10 à 15 — . .	137	147	348	473
De 15 à 20 — . .	102	85	171	195
De 20 à 30 — . .	125	86	139	148
De 30 et au delà. .	59	50	18	30
Non fous (alcooliques, etc.)	18	10	4	»
Indéterminée. . . .	306	255	»	»
	2,047	1,954	4,822	4,749

	Professions des malades admis pendant l'année 1894.		*Et depuis le 1er octobre 1888.*	
	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
Libérales : clergé, officiers de marine et militaires, médecins, hommes de loi, architectes, artistes, auteurs, ingénieurs, etc.	54	3	296	21
Négoce : banquiers, négociants, comptables, employés, marchands boutiquiers, commis, sténographes, imprimeurs, etc.	226	2	990	15
Culture : fermiers, jardiniers, pâtres, etc. . .	370	2	1,779	6
Métiers s'exerçant au dehors : forgerons, charpentiers, ajusteurs-mecaniciens, scieurs, peintres, agents de police, etc.	304	0	1,278	1
Métiers s'exerçant à l'intérieur : cordonniers, relieurs, compositeurs, tisserands, tailleurs, boulangers, etc.	218	0	968	8
Domestiques : garçons d'hôtel, cuisiniers, etc., mineurs, matelots, etc.	45	578	219	2,376
Éducation et domesticité supérieure : institutrices, professeurs, étudiants, femmes de charge, garde-malades, etc.	23	972	94	3,644
Commerce et industrie : vendeurs et vendeuses, couturières, tailleuses, etc.	14	132	82	472
Prostituées	0	4	0	13
Hommes de peine.	607	0	2,337	0
Sans occupation	128	180	539	743
Indéterminées	58	81	152	175
	2,047	1,954	8,734	7,474

Lieux de naissance.

Sur les 4,001 malades admis en 1894, 2,320 étaient nés aux États-Unis. Le reste est de toutes nationalités, mais surtout du Canada, 107 ; de l'Angleterre, 117 ; de l'Allemagne, 422 ; de l'Irlande, 633 ; de la France, 22.

Traitements et salaires du personnel des quatre asiles de New-York.

(Budget de 1895.)

		Francs.
1	médecin directeur général, à	22,500
2	médecins en chef, à	17,500
2	— — à	12,500
2	— en chef adjoints, à	10,000
2	— — à	8,750
3	— adjoints senior, à	7,500
3	— — à	7,000
3	— — à	6,500
3	— — à	6,000
3	— — à	5,500
3	— — à	5,000
3	— — à	4,500
3	— — à	4,000
31	— adjoints junior, à	2,500
6	chapelains, à	2,250
1	régisseur, à	4,500
4	ingénieurs, à	5,000
4	— adjoints, à	3,750
4	— — à	3,000
4	chauffeurs, à	2,500
4	— à	2,000
20	— à	1,800
1	maître menuisier, à	3,750
1	cuisinier chef, à	4,000
4	cuisiniers chefs, à	3,750
3	aide-cuisiniers, à	2,500
3	— à	2,000
3	pharmaciens, à	2,500
15	domestiques, à	900
2	surveillants, à	2,500
2	— à	2,250
1	imprimeur, à	3,000
3	boulangers, à	3,000
4	ajusteurs mécaniciens, à	2,500
1	fermier chef, à	5,000
1	aide-fermier, à	3,000
1	jardinier chef, à	5,000
2	chefs d'écurie, à	3,750
2	— à	3,000
1	mécanicien, à	4,500
12	messagers, à	600

		Francs.
60	infirmiers, à	2,100
130	— ou gardiens, à	1,800
10	— — à	2,000
175	— — à	1,500
10	infirmières ou gardiennes, à	1,500
180	— — à	1,200
180	— — à	1,080

Septième partie. — NOMS DES MÉDECINS-DIRECTEURS

Les 9 hôpitaux d'Etat ont comme médecins-directeurs, les Drs Blumer, Kellog, Pilgrim, Talcott, Hurd, Wagner, Wise, Haward, Allison.

Les asiles de New-York ont 1 médecin-directeur général, le Dr A.-E. Mac Donald, et 4 médecins-directeurs, les Drs Dent, Macy, Evarts et Smith.

Le rapport donne ensuite quelques renseignements sur 4 asiles pour les idiots et les épileptiques, renfermant ensemble 1,229 individus; 471 du sexe masculin et 758 du sexe féminin, et sur une soixantaine de maisons d'assistance qui en contiennent 1,046. Total 2,275 malades, qui sont soustraits au contrôle de la commission d'Etat pour les aliénés.

Enfin le volume se termine par le rapport de la commission non officielle dont nous avons parlé au début de cette analyse. La présidente fait remarquer que l'association charitable dont elle fait partie a signalé, il y a vingt-deux ans, l'état déplorable des aliénés dans les dépôts de mendicité; qu'en 1886, elle a pris l'initiative du mouvement qui a fini par aboutir au vote d'une loi, obligeant de transférer les fous dans les hôpitaux d'Etat. New-York et Kings sont les seuls comtés exemptés de cette obligation, parce qu'ils ont construit des asiles spéciaux, mais il faut espérer qu'ils ne tarderont pas à se rattacher au système gouvernemental.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

XIV. Des guérisons tardives; par le Dr Chatelin.

Les deux observations citées tout au long par l'auteur montrent qu'il ne faut jamais se hâter de donner un certificat d'incurabilité. Il s'agit de deux malades qui, après un séjour de huit années à l'asile, furent rendus à leur famille sans que leur état mental se fût beaucoup modifié. L'auteur eut l'occasion de les voir quelques années plus tard, et fut surpris de les trouver guéris.

L'histoire de ces deux malades montre bien qu'il faut se garder d'oublier dans les asiles les aliénés, même les plus incurables en apparence, de les condamner, en quelque sorte, à l'internement perpétuel. Lorsque, malgré tous les efforts du médecin, un cas devient décidément chronique, c'est souvent un devoir, si l'état du malade permet de le faire sans danger pour lui-même ou pour autrui, de tenter un essai de sortie lorsque les circonstances personnelles s'y prêtent.

La guérison restera toujours une très rare exception, mais beaucoup se trouveront fort bien de ce retour à la vie de famille. Il est certain qu'un grand nombre de ces chroniques et de ces incurables tranquilles qui encombrent les asiles pourraient avec beaucoup d'avantage être gardés à domicile, ou placés en pension chez des étrangers, ou enfin colonisés.

Dans l'asile, ils glissaient plus ou moins fatalement sur la pente qui conduit à la démence; dehors, ils ont bien plus de chances d'y échapper. (*Annales médico-psychologiques*. Juin 1896.) E. B.

XV. Revue critique sur la psychose polynévritique; par le Dr G.-C. Ferrari.

L'auteur remarque d'abord que le premier mémoire de Korsakoff (1887), travail qui n'a jamais été traduit du russe, avait pour titre : *Un trouble de l'activité psychique dans la paralysie alcoolique et ses relations avec les troubles analogues dans la névrite multiple non alcoolique;* que le deuxième mémoire (1890), aussi en russe, avait pour titre : *Quelques cas d'une cérébropathie spéciale dans la*

névrite multiple; et que ce n'est qu'en écrivant en allemand, quelque temps après, qu'il inventa le nom de « psychose polynévritique », bientôt remplacé par celui de « cérébropathie psychique toxhœmique ».

En outre, avant 1887, d'autres auteurs : Joffroy (1882), Fischer (1882), Strümpell (1883), Bernhardt (1886), Oppenheim, la même année, avaient signalé la présence de troubles mentaux chez les alcooliques et, de plus, loin d'admettre leur relation avec la polynévrite, ils avaient attribué leur origine à l'altération des centres nerveux.

Ensuite Korsakoff avait décrit trois formes, d'ailleurs ordinairement coexistantes et peu distinctes entre elles :

La première, diminution de l'irritabilité de la sphère psychique; — la deuxième, confusion et illusions sur l'espace, le lieu et la situation ; — la troisième, amnésie aiguë des événements récents surtout, tandis que les faits anciens peuvent rester tout à fait vivaces.

En un mot, la maladie de Korsakoff, consiste principalement, au point de vue mental, en une amnésie. Mais cette amnésie ne se rencontre pas uniquement dans des cas de polynévrite. En effet on la trouve dans :

1° Cas de névrite multiple due à l'alcoolisme;

2° Cas de névrite multiple due à d'autres causes;

3° Cas d'alcoolisme sans névrite.

4° Cas dans lesquels les facteurs étiologiques d'une névrite existent sans que la névrite se soit produite.

5° Après une psychose aiguë, ainsi que le prouve une observation du Dr Neisser (1889).

De plus, non seulement cette amnésie peut rencontrer une étiologie autre que la polynévrite, mais encore, de par ses caractères propres, on est conduit à lui donner une origine certaine dans les centres nerveux.

En effet, le trouble de la mémoire qui constitue presque en entier la maladie de Korsakoff a été dénommé : amnésie antérograde (Charcot); amnésie antérograde de conservation (Sollier); amnésie d'évocation (Colella : psychose polynévritique, Naples 1894).

Elle suit les règles données par Ribot pour la régénération et la reconstitution de la mémoire.

Il y a dissociation des processus de perception et d'aperception (Wundt), c'est-à-dire que ce n'est pas tant un trouble de la mémoire qu'une altération de l'attention : « L'oubli dépend plutôt pour moi, dit un des malades de Colella, du manque de l'intérêt que je porte habituellement aux faits environnants. »

Or, si, comme Wundt et Bastian l'ont bien montré, on considère que l'attention est une manifestation de la volonté, et si, d'autre part, on se souvient que Krœpelin a prouvé que les poisons dits

nervins agissent principalement sur la volonté, on voit à l'altération de quelle partie du système nerveux l'on doit attribuer la production du nouveau syndrome décrit par Korsakoff.

En fin de compte, conclut Ferrari, c'est à tort que l'on a considéré la psychose polynévritique comme une maladie *per se*. (*The alienist and neurologist*. Janvier 1896.) E. B.

XVI. Trois cas de perversion sexuelle; par le Dr Lee Howard.

L'auteur rapporte, sans commentaires, les observations suivantes.

1° Un musicien de quarante ans (père tuberculeux, mère névropathe), est pris à l'âge de vingt ans et après une crise hystérique de l'envie soudaine de pratiquer l'onanisme buccal. Il regardait l'ingestion de sperme comme un stimulant puissant. Ni pédérastie, ni sodomie. Le besoin était chez lui si fort qu'il disait qu'à l'occasion il ne reculerait pas devant un crime pour se satisfaire. C'était un alcoolique, mort tuberculeux.

2° Une femme de trente-neuf ans, ayant pratiqué l'onanisme et le saphisme depuis son enfance, s'est mariée à vingt ans. Elle n'éprouve aucun plaisir dans ses rapports avec son mari, car il lui faut à chaque coït un individu différent. A n'importe quelle heure du jour ou de la nuit elle sort tout à coup pour ramener un homme qui lui pratique l'onanisme après le coït.

Elle a, un jour, volé le pantalon d'un de ses hôtes et en le caressant elle éprouve l'orgasme vénérien. Une autre fois elle a été arrêtée pour vol d'un pantalon dans un magasin.

3° Un garçon de seize ans qui volait des truies pour les caresser en secret. Il aimait les odeurs de fumier et de boue. Il ne se masturbait pas, mais il avait des pollutions nocturnes en évoquant l'image d'une truie en train de se vautrer dans la boue. (*The alienist and neurologist*. Janvier 1896.) E. B.

XVII. Etat présent de l'aliénation mentale dans le Massachusetts; par le Dr Sanborn.

Au recensement de 1895, le Massachusetts a fourni 2,500,000 habitants : la population a doublé depuis trente ans.

Mais alors qu'il y a trente ans il n'y avait que 2,500 aliénés, il y en a 7,500 à l'heure actuelle, c'est-à-dire que le nombre des aliénés a triplé. Pendant cette période de temps, six asiles publics ont été construits à grands frais, sans compter de nombreux asiles privés. Le nombre des admissions par année est, en moyenne de 2,200 sur lesquelles 1,500 malades sont admis pour la première fois; ces derniers donnent une statistique de 30 guérisons pour 100.

L'auteur se félicite des résultats obtenus par la commission spéciale instituée en 1879, pour l'examen des malades à interner. (*American journal of insanity*. Avril 1896.) E. Blin.

XVIII. Stigmates de dégénérescence; par le Dr Irwin Neef.

L'auteur publie quelques cas cliniques destinés à montrer la présence de signes physiques de dégénérescence dans les psychoses dégénératives.

Il termine son étude par un tableau d'histoire familiale qui met bien en évidence les résultats funestes de la consanguinité et la transmission fatale des défectuosités mentales et physiques. (*American journal of insanity*. Avril 1896.) E. B.

XIX. Folie épileptique; par le Dr G. Kiernan.

Toutes les psychoses peuvent se présenter dans l'épilepsie et être modifiées légèrement par l'état épileptique coexistant, telles la mélancolie, la manie, la confusion mentale aiguë, la catatonie, la démence paralytique, mais ce ne sont pas là de véritables psychoses épileptiques.

L'épilepsie larvée de Morel ou épilepsie masquée des auteurs anglais paraît à l'auteur la forme la plus pure de l'équivalent psychique de la crise épileptique.

Il y a, chronologiquement, cinq variétés d'aliénation mentale dues à l'épilepsie : la folie préépileptique, l'équivalent psychique de l'attaque, la folie postépileptique, la folie intermédiaire à deux attaques et la démence épileptique.

La folie épileptique produit environ 4,5 p. 100 des cas de folie et il est probable que seul l'équivalent psychique de l'attaque est plus fréquent qu'on ne l'indique ordinairement, cela d'autant mieux que souvent l'équivalent psychique de l'attaque se manifeste sous forme d'une perversion morale, dipsomanie, exhibition, kleptomanie, sans compter les impulsions homicides.

Les psychoses épileptiques sont caractérisées par leur extrême violence, les hallucinations primitives, l'apparition brusque des symptômes : toutefois, même en démence, les épileptiques conservent leur caractère sournois et perfide. (*American journal of insanity*. Avril 1896.) E. B.

XX. Inversion sexuelle chez l'homme; par le Dr Havelock Ellis.

Lorsque l'instinct sexuel fait son apparition chez l'adolescent, il est beaucoup moins spécialisé qu'il ne le deviendra plus tard; non seulement il n'est pas encore, d'une façon définie, dirigé vers une fin sexuelle spécifique mais le sexe de son objet peut encore être incertain.

Max Dessoir, dans une récente étude psychologique de la vie sexuelle, arrive à cette conclusion « qu'un sentiment sexuel non différencié est normal, en général, pendant les premières années

de la puberté, de treize à quinze ans chez les garçons et de douze à quatorze chez les filles. Plus tard, cette non différenciation est pathologique. Il ajoute qu'à cet âge précoce, l'émotion sexuelle n'est pas encore localisée dans les organes sexuels. » L'auteur, qui partage cette opinion, estime que la vie de pension joue un certain rôle dans le développement de l'inversion sexuelle. Lorsque les jeunes gens quittent la pension, ils se trouvent mêlés aux hommes et aux femmes, et leur instinct sexuel se dirige en général vers la voie normale, alors que s'effacent ces affections de pension dont on ne saurait quelquefois dire si elles sont de l'amitié ou de l'amour. Mais un certain nombre de garçons restent insensibles à l'influence de la femme : on peut les regarder comme de vrais invertis sexuels.

La classification des variétés d'inversion sexuelle est chose difficile; doit-on regarder tous les cas comme acquis ou tous les cas comme congénitaux ?

Laissant de côté les cas plus ou moins morbides dans lesquels des vieillards plus ou moins impuissants sont attirés par des enfants, l'auteur estime que l'inversion sexuelle acquise est rare et que dans presque tous les cas on trouve un élément congénital.

Il n'adopte d'autre classification que la distinction clinique entre l'inversion simple et l'hermaphrodisme psycho-sexuel, la première classe comprenant tous les individus qui ne sont attirés sexuellement que par leur propre sexe, la seconde classe comprenant ceux qui sont attirés par les deux sexes.

Après avoir cité de nombreux exemples des deux catégories, l'auteur se réserve d'examiner, dans une prochaine publication le traitement de l'inversion sexuelle et l'attitude de la loi à l'égard de cette perversion. (*American journal of insanity*. Avril 1896.)

E. B.

XXI. La folie paralytique. — Conférence donnée à la réunion scientifique d'Anvers, par le Dr Peeters. (*Bull. de la Soc. Med. ment. de Belgique*, juin 1895.)

XXII. Pseudo-paralysie générale a symptomatologie incomplète; par le Dr Francotte. (*Bull. de la Soc. Med. ment. de Belgique*, juin 1895.)

On trouvera dans cette note l'observation de deux malades ayant des habitudes alcooliques, qui ont présenté tous deux un délire mégalo-maniaque, absurde, exagéré et changeant, accompagné de modifications pupillaires, mais sans trouble marqué de la parole. L'un de ces malades a guéri complètement, et cette guérison se maintient depuis trois ans. L'autre avait déjà présenté un accès de délire ambitieux quinze ans avant son entrée à l'asile, il

s'agissait donc, chez lui, d'une récidive à longue échéance, fait qui ne saurait s'observer dans la paralysie générale vraie. Il s'agissait donc, dans ces deux cas, d'accidents alcooliques ayant revêtu le masque de la paralysie générale progressive. G. Deny.

XXIII. Les établissements pour le traitement des buveurs en Angleterre et aux États-Unis. Projets de création d'asiles d'alcooliques en Autriche et en France; par le Dr P. Sérieux. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, juin 1895.)

XXIV. Troubles psychiques après l'opération de la cataracte; par R. Lowy. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, t. LII, fasc. 1, p. 166-184.)

Le médecin aliéniste a rarement l'occasion d'observer des troubles psychiques consécutivement à l'opération de la cataracte; d'abord parce que ces psychoses sont peu fréquentes, et ensuite parce qu'elles évoluent, souvent rapidement, dans les cliniques d'ophtalmologie. Aussi est-ce aux oculistes qu'on doit les premières observations de ce genre. Siehel, en 1863, en a observé trois cas, caractérisés par un état de mécontentement, un besoin de disputes, des plaintes à propos des mauvais traitements qu'ils subissaient; les malades courent en vociférant, veulent rentrer à la maison, parlent d'une façon incohérente, veulent arracher leur pansement, insultent l'entourage. Ces troubles ne se produisent que le soir et durent toute la nuit. L'auteur rappelle les observations de Lanne, de Magne, de Arlt, de Schmid-Rimpler, de Schnabels, de Landeberg, etc., dont il reproduit les points intéressants. Il insiste sur le travail de Frankl-Hochwart qui a étudié 27 cas de ce genre et les a classés en quatre groupes :

1° Confusion hallucinatoire chez des sujets âgés de trente à soixante ans ; — 2° confusion simple chez des séniles ; — 3° psychoses chez des alcooliques chroniques ; — 4° confusion chez des individus cachectiques, suivie de mort.

Le premier groupe est caractérisé, d'après Frankl-Hochwart, par l'apparition d'hallucinations terrifiantes, d'un état d'anxiété et de confusion. Il importe de faire remarquer que dans tous les cas où il s'est agi de malades jeunes les troubles psychiques ont duré longtemps, parfois leur apparition a été tardive; enfin le pronostic a été peu favorable.

Le second groupe (psychoses séniles) comprend des formes à évolution plus rapide, à symptômes moins bruyants et à pronostic meilleur.

Dans le troisième groupe prédominent les hallucinations ; le pronostic est favorable (psychoses chez des sujets alcooliques). Enfin le quatrième groupe comprend les délires d'inanition.

Frankl-Hochwart fait jouer un rôle important dans la patho-

génie des troubles psychiques observés aux lésions des nerfs du globe oculaire. Il rappelle le rapport qui existe entre les affections des nerfs (névralgies) et les psychoses et les faits déjà connus de troubles psychiques consécutifs à des blessures du globe de l'œil. Il tient compte aussi des influences morales (crainte de perdre complètement la vue), de l'âge avancé, du séjour dans l'obscurité, du repos absolu, de l'isolement complet.

L'auteur donne une observation personnelle dans laquelle on peut relever divers facteurs étiologiques, entre autres l'ignorance dans laquelle se trouvait le malade qu'il dût rester dans l'obscurité après l'opération. Or, ce patient, comme la plupart des sujets qui se présentent à la consultation des cliniques, appartenait aux classes sociales inférieures; il était d'un âge avancé. Il arrive à la clinique persuadé qu'on va lui rendre la vue immédiatement et après l'opération le voilà plongé dans une nuit permanente, il lui faut garder le repos le plus complet; autour de lui on observe le silence. La situation dans laquelle il se trouve contraste violemment avec ce qu'il attendait. D'où des réactions variées : défiance, colère, anxiété, idées de persécution.

Il faut tenir compte aussi du genre de vie antérieur du patient. A Pavie et à Innsbrück où les malades viennent en grande partie des campagnes voisines, les psychoses ne sont pas rares après l'opération de la cataracte. Il n'en est pas de même à Turin, où la plupart des opérés viennent de la ville même; le séjour à l'hôpital n'est pas, comme pour les sujets précédents, un brusque changement dans leur manière de vivre.

On ne peut admettre que les psychoses en question soient seulement un chapitre des délires séniles : Frankl-Hochwart les a observées chez des sujets jeunes; en outre il y a des différences au point de vue clinique.

Récemment Mendel a placé l'opération de la cataracte parmi les moments étiologiques du délire hallucinatoire, qui n'a rien à voir avec le délire des séniles. P. Sérieux.

XXV. Observation de paralysie générale a forme circulaire; par Frœnkel. (*Neurolog. Centrabl.*, XIV, 1895.)

Malade observé pendant cinq ans et demi, de 1875-1889. *Autopsie.* — L'observation peut être ainsi divisée : 1° mélancolie pendant six mois, puis santé apparente de quatre semaines; 2° manie avec mégalomanie, et périodes dépressives, avec idée d'empoisonnement, puis amélioration pendant cinq mois et demi; sortie; 3° stade d'alternance journalière d'idées délirantes expansives et dépressives, puis agitation persistante avec symptômes de démence; 4° calme graduel, suspension des conceptions délirantes et des hallucinations de l'ouïe; 5° extrême agitation, idées persistantes

de grandeur, instincts destructeurs, impulsifs pendant quatre mois. Repos pendant un mois ; 6° mobilité extrême et quotidienne de l'humeur (deux mois), puis, dépression profonde et persistante (deux mois). calme pendant un mois ; 7° signes physiques de paralysie générale avec déchéance (trois mois); pendant sept mois, démence progressive, attaques épileptiformes, mort rapide de pneumonie. *Autopsie* confirmative. P. K.

XXVI. Observation de paralysie générale infantile ; par Bresler. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Fillette de treize ans et demi. Paraît avoir eu d'abord une chorée vraie et non des accidents choréiques consécutifs à un ictus apoplectique passé inaperçu. Paralysie générale démentielle, arrêt de développement consécutif à l'explosion de la maladie. Tare héréditaire, et peut-être syphilis héréditaire (foie un peu plus volumineux que normalement, parsemé de taches jaunes du diamètre d'une pièce de cinquante centimes). Pendant les attaques congestives on constatait *un nouveau symptôme;* pendant que les globes oculaires se tournent d'un côté, au même moment la tête se tourne promptement du côté opposé (*déviation croisée alterne*). P. K.

XXVII. Note sur l'imbécillité ; par M. le Dr Cognetti de Martiis. (*Extrait de la Poglia medica*, 3e année, n° 7.)

L'imbécillité a beaucoup de degrés, d'une part elle confine à l'idiotie ; mais, d'autre part, elle arrive à se rapprocher de l'intelligence normale. Dans ce dernier cas, elle n'est pas toujours facile à reconnaître, aussi n'est-il pas surprenant de voir qu'on adme, parfois de ces sortes d'imbéciles supérieurs, pour ainsi dire Les examens médicaux qu'ils ont subis avant d'être incorporés, n'ont pas permis de reconnaître les imperfections de leur état mental. Qu'arrive-t-il alors ? Ces individus ne peuvent, ni apprendre le métier militaire, ni se plier à la discipline. Toujours en faute, toujours punis, ils passent vite pour *mauvais sujets*. Il faut que ces malheureux soient par hasard, pour une raison ou pour une autre, envoyés dans un hôpital, pour qu'on les étudie sérieusement. On les soumet là à un examen véritablement médical et anthropologique, et quand on a reconnu chez eux une infériorité mentale ou des perversions psychiques incompatibles avec le service militaire, on les propose pour la réforme. L'auteur a pu recueillir à l'hôpital de Spezia, pendant le courant de l'année, trois exemples de ce genre. Il s'agit de trois marins de l'Etat.

1° L..., vingt-trois ans, une sœur grabataire par le fait d'une maladie nerveuse ancienne. Lorsqu'il habitait avec sa famille, il lui arrivait souvent de se lever la nuit et de se livrer à des excentri-

cités. Le jour il abandonnait son travail et allait se cacher dans des endroits où on ne pouvait le trouver. A quinze ans, troubles urinaires particuliers ; dès qu'il se sentait le besoin d'uriner, il fallait qu'il se satisfit où qu'il se trouvât. Au service, il ne put apprendre la manœuvre du canon. Mou, paresseux, arrogant, mauvais sujet sans cesse puni. — Ce jeune homme présente de nombreux signes physiques et psychiques de dégénérescence : grande envergure, trop grande, oreilles en anse, sensibilité tactile amoindrie dans toute une moitié du corps, mancinisme, etc. Physionomie stupide, mimique exagérée, surtout la mimique de la face ; tic particulier des lèvres produisant une sorte de sifflement, d'où son surnom de *le Siffleur*. Par ses lettres on reconnaît qu'il était crédule à l'excès, dépourvu de jugement et de tout sens critique. En résumé, c'était un sujet inintelligent, paresseux, étourdi, querelleur.

2° R..., vingt-un ans, parents ivrognes et de mauvaises mœurs. Enrôlé dans les torpilleurs, il ne put apprendre la manœuvre. La vue seule du costume de plongeur lui causait une angoisse indicible, il pleurait et refusait de le vêtir. Il devint bientôt mélancolique et apathique. Une fois il voulut se laisser mourir de faim, une autre fois, il chercha à se sauver. Tous ses camarades, croyait-il, étaient ligués contre lui. — R... aussi présentait de nombreux stigmates de dégénérescence physiques et mentaux, des tics de la face entre autres. Facies sans expression, conceptions difficiles, lentes et, du reste, rares, pas de mémoire, bégaiement de l'écriture (transposition et oubli continuels des lettres en écrivant).

3° G..., vingt ans. Père alcoolique. Trois frères, l'un homicide, l'autre condamné pour rapt d'une jeune fille, le troisième sourd et presque idiot. Ce G... dès son arrivée au service se montra arrogant, sans tenue, brutal, batailleur. Observé à l'hôpital, on trouve chez lui de l'asymétrie faciale et un grand nombre d'autres stigmates de dégénérescence.

En résumé, chez ces trois individus, on note de l'hérédité morbide, de forts signes physiques et psychiques de dégénérescence, des tics entre autres, dont Charcot a signalé la fréquence chez les imbéciles. Et comme conclusion, l'auteur se demande s'il ne serait pas bon d'exclure de l'armée ces sujets atteints d'imbécillité légère, mais qui ne sont pas capables de faire un service militaire convenable. Dans ce cas, c'est à l'anthropologie criminelle qu'il faudrait s'adresser pour les reconnaître.

Enfin M. Coquetti termine son étude par l'exposé de cette théorie : chez les imbéciles qui confinent à l'homme normal, le *moi inconscient* prédomine et il n'est que passagèrement remplacé par le *moi conscient*. C'est pourquoi ce qui est congénital l'emporte chez eux sur ce qui est acquis, d'où les actes de violence, d'où la déséquilibration mentale, d'où enfin le peu de responsabilité de ces sujets.

CAMUSET.

XXVIII. Diagnostic, pronostic et prophylaxie de la folie; par Fielding Blandford. (*British medical Journal*, 6-20 avril 1895.)

Après une étude méthodique des symptômes différentiels des principales classes de délires et affections mentales avec déduction au point de vue pronostic, l'auteur examine la question de l'accroissement du nombre des aliénés dans les asiles en Angleterre (2,245 de plus en 1894 qu'en 1893), en tenant compte de la plus grande viabilité des aliénés dans les asiles mieux organisés, de la diminution des cures par le retard à l'internement, etc. Passant à l'étude des causes de la folie il étudie, particulièrement l'hérédité, ses degrés et conséquences et en tire des conséquences pratiques au point de vue de la contre-indication des mariages. L'alcool comme cause déterminante fréquente fait aussi l'objet de quelques développements, ainsi que ses conséquences au point de vue de la descendance.

L'auteur divise les enfants dégénérés en précoces et arriérés.

Les petits prodiges, trop souvent méconnus dans les écoles en tant que dégénérés, en puissance de folie latente doivent être l'objet d'une instruction médico-pédagogique non moins minutieuse que les arriérés, pas de surmenage scolaire surtout.

Plus tard, on voit souvent chez ces sujets survenir l'accès de folie sous des influences occasionnelles minimes : grossesses, pertes d'argent, ces dernières parfois tout à fait sur le tard vers la période de la régression sénile commençante. A l'école l'enfant peu sociable, taciturne et un peu sauvage doit attirer, l'attention des maîtres qui le doivent pousser aux jeux et exercices physiques collectifs ; les parents et les maîtres devront s'efforcer de développer en lui les sentiments altruistes en refrénant ses tendances morbides à l'égoïsme solitaire. A. Marie.

XXIX. Des symptômes oculaires dans la paralysie générale et de leur valeur clinique; par Bevan-Lewis. (*British medical Journal*, 2 mars 1896.)

L'auteur, s'appuyant sur les localisations d'Heusen, Walkers et V. Gehuchten, étudie les différents troubles oculaires qu'on observe dans la périencéphalite diffuse et leur relation avec les scléroses de noyaux centraux correspondants. Il conclut en classant en 5 groupes distincts à ce point de vue les cas de paralysie générale des aliénés :

Premier groupe. — Caractérisé par la mydriase paralytique avec iridoplégie partielle réflexe ; exagération de l'excitabilité musculaire, trémulation excessive de la face et des organes de la parole; démence profonde avec optimisme marqué.

Deuxième groupe. — Mydriase avec iridoplégie passagère faisant

place à la cyclopégie; dès le début : excitabilité musculaire sans contractures; embarras de la parole, accès fréquents d'excitation avec crises convulsives; évolution fatale rapide; antécédents syphilitiques prépondérants.

Troisième groupe. — Myosis avec iridoplégie réflexe totale, absence ou forte atténuation du réflexe patellaire, manque d'équilibre, ataxie et anesthesie, articulation des mots très difficile, optimisme morbide et excitation;

Quatrième groupe. — Symptômes oculaires tardifs : mydriase paralytique, iridoplégie réflexe partielle à la lumière seulement; paralysie ataxique des extrémités des membres inférieurs; ataxie faciale marquée avec trouble extrême de la parole; crises épileptiformes amenant un affaiblissement intellectuel profond.

Cinquième groupe. — Pas de symptômes oculaires fixes nets. Pas de contractures ni de trouble de la motilité ni de la sensibilité; marche et articulation des mots assez bien conservées; attaques épileptiformes rares; démence progressive très accentuée dès le début. A. M.

XXX. De l'état mental dans la maladie de Basedow; par A. Maude. (*British medical Journal*, 28 septembre 1895.)

S'appuyant sur 20 cas, l'auteur signale le plus communément, avec Russell Reynolds, une sorte de « chorée des idées », une irritabilité de caractère avec incapacité de fixer l'attention et la mémoire, ainsi qu'une certaine tendance à la dépression mélancolique, et parfois des idées de persécution mal systématisées. La manie a été observée et serait d'un pronostic particulièrement grave. A. Marie.

XXXI. L'homicide au point de vue de l'anthropologie criminelle; par le Dr René Semelaigne.

Revue critique intéressante sur le livre de M. Enrico-Ferri.

Ce dernier auteur estime que : 1° dans la vie criminelle, chez l'homme et chez les animaux, il n'y a qu'une différence de degré; 2° chez les animaux comme chez les peuplades sauvages, les pratiques les plus atroces ne sont pas le résultat de tendances spécifiques; on les observe parmi les races les plus douces; 3° l'aversion morale et juridique contre le meurtre n'est qu'à l'état embryonnaire chez les peuplades sauvages, de même que chez les animaux, elle suit, comme toute manifectation psychologique, la lente évolution de la société humaine; 4° la justice au sens moral et juridique du mot, loin d'être éternelle et absolue, est essentiellement relative et variable; 5° le meurtre de son semblable a de profondes racines dans l'organisme, non seulement humain, mais animal;

c'est un résnltat naturel des causes physio-psychologiques, physiques et sociales. Partant de ce dernier principe, M. Enrico Ferri étudie la constitution organique des criminels et expose les recherches anthropométriques faites sur 1,711 délinquants, aliénés ou normaux.

Ses conclusions sont les suivantes : 1° tous les délinquants homicides n'offrent pas, au point de vue organique et psychique l'ensemble des caractères qui distinguent leur physionomie morale; 2° les anomalies psychiques et organiques offrent un rapport intime de causalité et de connexion; souvent même elles coïncident; 3° il existe, tant du côté organique que psychique, des caractères si nets qu'à eux seuls ils suffisent pour établir le facteur anthropologique ou individuel de l'homicide; mais au point de vue spécial de la décision pénale, les deux séries de symptômes sont indispensables et se complètent mutuellement; 4° tous les caractères psychiques de l'homicide ne se résument en une expression d'égoïsme antisocial apathique et sauvage, suite d'arrêt de développement, de dégénérescence régressive ou de processus pathologique, et représentant un état psychique semblable à celui de l'humanité primitive; entre les homicides nés et les homicides aliénés, les différences de caractère psychologique sont plus nombreuses que les analogies. On peut distinguer parmi les aliénés : *a*) ceux qui offrent un état congénital (folie morale, épilepsie, imbécillité), déterminant, comme chez les homicides nés, une anomalie fondamentale et primitive de la trempe morale; *b*) ceux qui ne présentent ces symptômes que par suite de troubles survenus dans leur activité psychique; 6° au point de vue social, la criminalité est un degré de dégénérescence plus profond et plus dangereux que la folie. De cette étude, une nécessité s'impose : la création d'établissements spéciaux où soient mis dans l'impossibilité de nuire et de procréer, les individus présentant « ces états psychiques semblables à ceux de l'humanité primitive ». (*Annales médico-psychologiques*, août 1896.) E. Blin.

XXXII. Vêtements et appareils protecteurs étranges portés de jour et de nuit par un dégénéré persécuté; par M. Le Filliatre, ancien interne des asiles de la Seine, lauréat de la Faculté de médecine. (*Nouv. iconographie de la Salpêtrière*, 1895, n° 3.)

Il s'agit d'un déséquilibré avec idées de persécution, idées de grandeur, troubles de la sensibilité générale, et dont le délire ne présente pas d'évolution systématique; cet aliéné entreprit un voyage en Amérique sous l'influence de ses idées délirantes, et, à partir de l'époque de son départ jusqu'au moment actuel où on l'observe à l'asile clinique, il se couvrit progressivement d'une quantité considérable de vêtements bizarres, dans le but de se garantir

d'influences malfaisantes. En réalité il divaguait sur les troubles de la sensibilité générale qu'il ressentait. Voici l'énumération des vêtements et appareils curieux dont il faisait usage à son retour en France. Pendant le jour il portait : 1° un plastron de caoutchouc dorsal ; 2° un plastron de caoutchouc sternal ; 3° un morceau de porcelaine enveloppé dans du papier sur la poitrine, pour se protéger les bronches ; 4° plusieurs couches de papier collé sur le thorax ; 5° une cuirasse de fer-blanc qui pesait près de 7 kilogrammes ; 6° des genouillères en cuivre ; 7° une rotonde par-dessus le tout, elle était en caoutchouc et pesait 4 kilogrammes. La nuit, il ajoutait aux *protecteurs* précédents des cylindres en cuivre, un casque en cuivre, un masque en plomb, des brassards, etc. En somme, son équipement complet pesait 29 kilogrammes 160 grammes. Son but était de *s'isoler des causes extérieures*. C'est également pour se protéger contre ces mêmes causes extérieures, qu'il avait fait creuser et cimenter un trou cylindrique dans son jardin, et qu'il s'y mettait plusieurs heures de la journée complètement nu. Une fois dans son trou, il en fermait la partie supérieure au moyen d'une cloche à melon, il restait là tant que le soleil durait. C.

XXXIII. Pollutions nocturnes et épilepsie. D'une sorte de phénomène épileptique particulière ; la petite attaque épileptique érotique avec éjaculations ; par M. A. Zuccarelli. (*L'Anomalo*, novembre à décembre 1894, Gennaio 1895.)

L'auteur veut établir qu'il existe, au point de vue clinique, une forme particulière d'attaque épileptique, caractérisée par des rêves érotiques accompagnés d'éjaculations répétées. Son étude est basée sur deux observations identiques. Il a observé et soigné deux hommes qui présentaient, d'une façon remarquable, la manifestation épileptique en question. — Ces deux hommes étaient très intelligents mais excitables et très émotifs, ils étaient *héréditaires* dans le sens que nous donnons en France à cette expression *héréditaire* en langage médical. En plus leur vie n'était qu'une succession de deux états mentaux, de nature opposée, alternant régulièrement entre eux ; à une période d'expansion et d'activité succédait, chez eux, une période de dépression et d'impuissance, et toujours ainsi. Ces deux malades étaient sujets, sous l'influence surtout des changements atmosphériques brusques, à des phénomènes épileptiques nocturnes particuliers. Ils avaient des rêves pénibles, sortes de cauchemars terrifiants. Ils étaient tourmentés, maltraités, sans pouvoir se défendre, et à la fin on se livrait sur eux à des actes lubriques honteux et révoltants, alors ils avaient des éjaculations qui se répétaient plusieurs fois en très peu de temps. Ils s'endormaient ensuite, tantôt d'un sommeil profond, comateux, tantôt d'un sommeil léger et agité, preuve d'un certain degré de surexcita-

tion mentale. Pendant les soirées qui précédaient les nuits dans lesquelles les accidents nerveux se manifestaient, les malades étaient d'une activité mentale excessive et anormale. Ces phénomènes morbides se répétaient deux ou trois nuits consécutives, mais leur intensité décroissait progressivement, et à leur suite s'établissait une période de dépression qui durait plusieurs semaines parfois. En dehors de ces crises les malades présentaient quelques particularités notables, ainsi il leur arrivait de se mettre tout à coup à travailler fébrilement, comme poussés par une force irrésistible, et ils produisaient en peu de temps des œuvres littéraires ou scientifiques remarquables. Il leur arrivait aussi d'être pris subitement par le besoin irrésistible de satisfaire leur instinct génital, et il fallait que sans retard ils trouvent une femme.

L'auteur, étudiant les diverses particularités de ces observations, conclut à la nature épileptique des phénomènes morbides nocturnes. Ainsi, la cause occasionnelle des accès (les perturbations atmosphériques), leurs prodromes (la suractivité intellectuelle notée dans les soirées qui les précédaient), les antécédents héréditaires des sujets (l'un d'eux avait son père atteint d'épilepsie larvée). En résumé donc il s'agit de petites décharges épileptiques, l'ictus épileptique est caractérisé dans ces cas par une excitation peu intense et peu diffusible des centres psychiques avec retentissement sur les glandes séminales. CAMUSET.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Les résultats favorables de la craniectomie dans un cas de débilité mentale et de folie morale; par A. Spanbock. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

L'observation concerne un jeune garçon de quatorze ans. Signes craniens de dégénérescence; impossibilité d'apprendre à lire, à écrire, à compter. Paramnésie, incapacité d'un travail soutenu, pas de sentiments affectifs, vagabondage, tendances à voler et à mentir, langage inconvenant, fainéantise, impudicité.

Une section pratiquée sur le cuir chevelu révèle au niveau de l'oreille droite une adhérence de la peau au crâne, on trépane la surface correspondante du pariétal sur une assez large étendue; on

constate de l'œdème de la substance grise corticale couverte d'une sorte de gelée. On applique le courant faradique qui détermine des convulsions des groupes musculaires correspondants. A la suite de cette opération, tous les troubles de perversion morale et affective cessent, ainsi que les obsessions coprolaliques ou autres et les impulsions. Le jeune homme devient travailleur, poli, sociable, convenable. P. K.

II. Du trépan et de la ponction vertébrale dans la paraysie générale; par John Turner. (*British medical journal*, 2 mai 1896.)

L'auteur conclut de ses observations que même dans les cas de paralysie générale avancée la pression intra-cranienne n'est pas exagérée contrairement à ce qu'ont soutenu Cl. Shaw et B. Tuke. Le liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction ne semble pas contenir de produits inflammatoires. A. M.

III. Traitement chirurgical de l'idiotie, par Shutlieworth. (*British medical journal*, 28 septembre 1895.)

L'idiotie microcéphale suivant l'auteur et après examen des différents travaux parus sur la question, paraît pouvoir tirer un bien plus grand bénéfice de l'éducation pédagogique que de l'intervention opératoire. Il admet toutefois l'opportunité du traitement dans certains cas de compression, par suite de traumatisme par exemple, ou dans certains cas d'hypertrophie hydrocéphalique. Il cite un cas d'Anderson où le trépan fit merveille chez un hérédo-syphilitique imbécile et épileptique. Pour lui d'ailleurs l'opération ne vaut qu'à la condition d'être accompagnée de la médico-pédagogie. Dans le numéro précédent du 21 septembre, Telford Smith signale le résultat final négatif de deux opérations de craniectomie dans l'idiotie. A. M.

IV. Résultat de la section du trijumeau; par William Turner. (*British medical journal*, 23 novembre 1895.)

L'auteur rappelle les expériences de Gaule sur le lapin. Il dit avoir observé lui-même dans nombre de cas une opacité légère de la dornée, tendant d'ailleurs à diminuer quelque temps après l'opération. Il ne semble donc pas prouvé que le ganglion de Gasser exerce sur la cornée une influence trophique prépondérante. De l'examen des observations et des nécropsies il semble résulter que les soi-disant troubles trophiques seraient plutôt des symptômes d'infection secondaire dus à une action septique pouvant remonter à l'époque de l'opération. D'ailleurs on trouve dans les auteurs (Richardson, Krause. Doyen) des cas confirmatifs de cette

absence de troubles trophiques cornéens, malgré l'ablation du ganglion de Gasser. A. M.

V. CRÉTINISME ET EXTRAIT THYROÏDIEN ; par RUSTHON PARKER. (*British medical journal*, 8 février 1896.)

C'est le cas d'un enfant de six ans et demi arrêté dans son développement, avec le faciès typique du crétin qui fut soumis pendant huit mois au traitement par les tablettes d'extrait thyroïdien. On obtint une atténuation sensible de la sclérodermie et de l'infiltration du tissu cellulaire. L'enfant reste inintelligent et arrêté dans son développement. Les doses d'extrait durent d'ailleurs être très modérées en raison de l'intolérance et des accidents diarrhéiques et fébriles. Le même numéro contient des remarques intéressantes sur le sérum antitétanique par Trevelyan, sur le sérum antisyphilitique par Barling, et sur l'extrait thyroïdien contre le myxœdème par Georges Murray. A. M.

VI. HYPERTROPHIE DU CORPS THYROÏDE ET MYXŒDÈME; par HUGHSMITH. (*British medical fournal*) 4 janvier 1896.

Observation d'une malade de vingt-six ans sans antécédents héréditaires analogues; atteinte depuis la dix-septième année de goitre avec exophtalmie ; à l'apparition des règles altération de la santé générale, chute des cheveux, altérations cutanées, difficulté de la parole, criesthésie. En mars 1895, la malade dans cet état fut soumise au *traitement par l'xetrait thyroïde* de mouton à la dose quotidienne de dix grains. En sept mois disparition des symtômes morbides et retour à la santé. A. M.

VII. SUR LE TRAITEMENT DE LA MÉLANCOLIE; par H. REYNER. (*British medical journal*, 28 septembre 1895.)

La partie originale de cet article nous paraît être ce qui concerne le traitement moral. Il s'agit d'abord d'opérer la recherche prudente mais minutieuse de l'idée principale qui préoccupe et déprime le malade; lorsqu'on a pu gagner sa confiance, on attaque la destruction dans l'esprit du malade des conceptions erronées qui le plongent dans l'anxiété; le réveil de l'émotivité normale vient ensuite, mais il faut se garder des commotions et des chocs émotionnels qui peuvent provoquer une rechute; la vue des parents à la phase de convalescence produit parfois une crise salutaire. Le point de vue religieux et l'intimidation sont des éléments à double tranchant bien délicats à mettre en œuvre; s'il y a délire avec hallucination il faut se garder de le heurter de front, mais rassurer et soutenir le malade en lui promettant du secours.

Physiquement l'auteur préconise parallèlement le massage de la tête, particulièrement celui des veines pour activer la circulation en retour, au même point de vue il recommande une gymnastique respiratoire tendant à développer l'inspiration profonde. L'électrothérapie et l'hydrothérapie comme moyens généraux et comme moyens d'améliorer l'état trophique de l'encéphale, l'extrait thyroïdien à la dose provoquant de légères poussées fébriles qui, suivant Clouston sont d'un salutaire effet.

Enfin il favorise tous les émonctoires dans leurs fonctions, (peau, reins, intestins), stimule l'estomac et lutte contre la constipation toujours si opiniâtre. A. M.

VIII. Le quebracho dans le mélancolie et les états de stupeur ; par le Dr G. Kiernan.

Penzoldt a trouvé que le quebracho et ses alcaloïdes, à petites doses, ont des effets marqués pour augmenter la fréquence des mouvements respiratoires.

Aussi, la mélancolie et certaines phases de dépression paraissant exercer une action inhibitoire sur l'innervation cardiaque, en même temps que s'accompagner de symptômes thoraciques se manifestant par des sortes d'attaques de suffocation avec anxiété précordiale, l'auteur a-t-il expérimenté le quebracho dans ces cas particuliers et en a retiré de bons résultats.

Chez une femme, en particulier, atteinte de mélancolie avec anxiété précordiale, le quebracho, à la dose de un demi-drachme toutes les deux heures, n'eut pas seulement une action favorable sur la dyspnée, mais améliora très notablement l'état de dépression mélancolique, si bien que, sous l'état de dépression présenté par la maladie à son arrivée, on put constater un délire mégalomaniaque jusque-là ignoré. (*The alienist and neurologist*, avril 1896.)

E. B.

IX. Traitement de la folie en dehors des établissements publics ; par le Dr F. Robinson.

La question de savoir si un malade est mieux traité dans un asile ou hors d'un asile, est encore controversée.

Alors que de nombreux auteurs sont d'avis que l'asile possède par lui-même des vertus curatives certaines, d'autres auteurs, parmi lesquels Weir Mitchel (de Philadelphie), prétendent que les malades sont mieux traités hors l'asile que dans l'asile. Il est un fait certain, c'est que le traitement le plus mauvais est celui qu'on fait au domicile même du malade. La première condition est donc d'éloigner le malade de chez lui, mais qu'en faire? Beaucoup de familles se répugnent à l'envoyer dans un asile public, et

même dans un asile privé, et cependant l'auteur préconise les petits asiles privés comme réalisant les meilleures conditions de traitement.

Il est cependant possible, dans certaines conditions de fortune, et dans certaines formes mentales déterminées, d'instituer une méthode favorable de traitement, hors de la maison et sans avoir recours aux asiles : ce mode de traitement consiste à placer le malade dans un sanatoriun, ou une pension de famille, assisté d'un médecin spécialiste et d'un infirmier expérimenté. Cette méthode est très pénible pour le médecin et pour l'infirmier qui se trouvent forcés d'exercer une direction mentale et morale de tous les instants à leur malade mais elle est féconde en résultats et lorsqu'on a la patience et la persévérance de la mener à bout, elle se montre supérieure aux autres modes de traitement. (*American journal of insanity*, avril 1896.) E. Blin.

X. Quelques remarques sur les applications du trional; par le Dr L. Ruhemann. (*Journ. de Neurologie*, 1896, n° 14.)

L'auteur de ce travail considère le trional comme complètement inoffensif même lorsque l'usage en est continué pendant longtemps. D'une façon générale il trouve exagérées les applications de ce médicament généralement employé en pédiatrie; pour un enfant de dix ans il conseille de donner au maximum une dose de 0gr,75. On augmente beaucoup l'activité du trional en le prescrivant dans une assez grande quantité de liquide aussi chaud que possible. Chez l'adulte, on ne doit donner ni moins de 1 gramme, ni plus de 1gr,50 à la fois; on ne devra recourir que très rarement à la dose de 2 grammes, et on n'emploie celle de 3 grammes que chez les aliénés. On peut habituellement n'administrer le trional qu'un jour sur deux. Comme le sulfonal le trional doit être pris de deux à quatre heures avant de se mettre au lit.

Lorsque l'insomnie est liée à des douleurs, on fera bien d'associer ce médicament à la morphine, l'antipyrine, etc. G. D.

BIBLIOGRAPHIE.

V. *Rapports de l'alcoolisme et de la folie. — Prophylaxie et traitement des alcooliques*, par le Dr H. Darin. (Paris, 1896. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.)

En 1875, la production de l'alcool de vin à 90° était de 764,690 hectolitres; en 1893, on voit la production totale des alcools arriver à l'énorme quantité de 2,476,387 hectolitres.

La production de l'absinthe a plus que doublé en huit ans. En France, 700,000 bouilleurs de cru distillent une grande quantité de mauvaise eau-de-vie et les produits alcooliques sont distribués aux consommateurs par l'intermédiaire d'environ 450,000 débitants ou cabaretiers, dont 30,000 pour Paris ce qui représente un sur un peu moins de trois maisons.

Forcément cette production intense de l'alcool est la résultante d'une consommation effrayante : en 1830, la consommation moyenne par tête était de 1 litre et demi d'alcool à 90° par an; en 1885, elle est pour Paris de 27 litres.

Les faits précédents se rapportent à la France, mais la même progression s'observe dans tous les pays civilisés.

Sur la toxicité des divers alcools, en particulier des alcools supérieurs, les travaux de tous les expérimentateurs sont unanimes et de tous les poisons multiples qui servent à la fabrication des diverses liqueurs, l'absinthe peut être considérée comme le type.

A cette consommation effrénée d'alcool correspond un développement simultané des affections alcooliques : ainsi en 1835, Esquirol trouve à Charenton 8 p. 100 d'aliénés alcooliques; en 1864, Lagarosse arrive, dans le même asile, au chiffre de 24 p. 100 et à l'heure actuelle, les statistiques de M. Magnan montrent que sur 100 hommes admis dans les asiles, plus de 35 y sont poussés directement par l'alcool, sans compter les malheureux dégénérés, victimes de l'alcoolisme des ascendants.

Et si l'on remarque, avec M. Garnier et bien d'autres, que l'intoxication alcoolique est, avec le surmenage, un des facteurs pathogéniques les plus puissants de la paralysie générale, on voit, en somme, que l'alcoolisme intervient pour une grande part dans la montée énorme de l'aliénation mentale, qui va, rien que pour le département de la Seine, d'un millier de malades internés au commencement de ce siècle, à 12,500 à l'heure actuelle.

Enfin les statistiques montrent que plus d'un cinquième des rejetons d'alcooliques ne sont pas aptes à vivre et sont perdus pour la société. C'est une cause de dépopulation que la France, en particulier, ne doit pas mépriser. Si l'on ajoute les vices de conformation, les stigmates physiques de dégénérescence, la débilité physique dont sont atteints les descendants des alcooliques, on arrive à cette conclusion que l'hérédo-alcoolisme se traduit par la perte d'un tiers du capital humain. Le capital intellectuel n'est pas moins entamé : tous les dégénérés, les fous moraux, les fous alcooliques, les impulsifs, épileptiques et autres, sont des êtres inutiles ou dangereux.

Aux causes de dépopulation créées par l'alcool, il faut ajouter la progression du nombre des suicides d'origine alcoolique qui, en France, est vraiment effrayante : dans nos départements du nord, le nombre de ces suicides s'est élevé de 137 à 868 par an, dans l'in-

tervalle de 1874 à 1888, c'est-à-dire que la proportion a sextuplé en quinze ans.

Voilà donc un mal qui, dans presque toute l'Europe, augmente constamment le nombre des fous dans les asiles, des vagabonds dans les dépôts de mendicité, des criminels dans les prisons; qui fait progresser le chiffre des suicides, tout en diminuant celui des naissances; qui ruine les jeunes générations. Partout le cri d'alarme a été jeté et la lutte s'est organisée; en France elle s'organise.

L'observation montre que les peuples qui ont réussi à faire rétrograder l'alcoolisation avec ses terribles conséquences ont recouru soit à des mesures fiscales, soit à une législation spéciale contre les alcools, soit enfin à des moyens moraux : tels sont les divers systèmes de l'augmentation des impôts sur l'alcool, de la rectification des alcools, de la suppression du privilège des bouilleurs de cru, de la réduction du nombre des débits, des systèmes de licence de Gœteborg et de Bergen, du système suisse ou monopole de l'Etat, de la prohibition, de la législation pénale, des sociétés de tempérance. De l'expérience acquise à l'étranger, quelles conclusions la France pourra-t-elle tirer pour sa préservation ?

Tout d'abord les impôts doivent être maintenus, aussi bien parce qu'ils constituent une source de revenus difficile à remplacer que parce qu'ils entrent en ligne parmi les moyens efficaces auxquels on peut recourir pour restreindre la consommation. Mais du moment que l'on permet la vente de l'alcool, il incombe à l'Etat le devoir rigoureux de veiller à ce que les alcools de mauvaise provenance ne puissent être mis en vente et, pour cela, la suppression du privilège des bouilleurs de cru et le monopole pris par l'Etat de la rectification des alcools s'imposent. Après avoir diminué la toxicité du produit, il faut songer à en restreindre la consommation en frappant l'alcool et les boissons alcooliques d'un impôt considérable, en exonérant presque complètement les boissons peu alcooliques, comme le vin, le cidre, la bière et complètement les boissons non alcooliques, le café, le thé, le cacao.

Mais pour arriver à édicter de semblables mesures, il serait nécessaire d'établir en France des sociétés de tempérance, car aucune mesure n'est capable de combattre avec efficacité l'alcoolisme, si elle n'est soutenue par l'opinion publique.

Relativement aux sociétés de tempérance, il est intéressant de noter que toutes celles qui se sont fondées sur le principe de la modération dans l'usage des boissons fermentées ont échoué, et que toutes celles qui sont arrivées à de bons résultats dans l'œuvre de sauvetage des ivrognes, ont pris pour base l'abstinence absolue de toute boisson alcoolique.

Malheureusement il faudra beaucoup de temps avant qu'on réussisse à arrêter ce fléau social, mais déjà l'élan est donné : la Chambre a relevé la taxe sur les eaux-de-vie et entamé le privilège

des bouilleurs de cru; elle a voté en principe le monopole de l'alcool. Le Conseil général de la Seine a décidé la création d'un asile spécial pour les buveurs[1]. L'initiative privée a créé une dizaine de restaurants de tempérance. La société contre l'abus des boissons spiritueuses a déjà réuni un grand nombre de membres. On peut dire que l'assistance des alcooliques est créée.

Tel est le résumé trop court du livre de M. Darin, livre des plus intéressants, livre utile rempli de faits et d'observations, et dont la lecture s'impose à tous ceux qu'intéresse la lutte contre l'une « des causes les plus puissantes qui puissent produire la décadence nationale. »

E. Blin.

VI. *L'âme humaine : Iconographie de l'invisible fluidique.*

A l'heure où la science officielle, enfin ébranlée par les affirmations de savants courageux, semble vouloir prêter l'attention aux expériences tentées dans le domaine de l'inconnu (inconnu dont le mystère sera peut-être révélé demain), il importe de signaler l'ouvrage du Dr H. Baraduc : *L'âme humaine, ses mouvements, ses lumières, et l'iconographie de l'invisible fluidique*, paru chez Carré.

La matière étant délicate nous transcrirons une partie de la communication lue à la Société de médecine de Paris en juin 1896.

Les psychicones ou images de l'esprit. — M. Baraduc présente son nouveau livre l'*Ame humaine, ses mouvements et ses lumières.*

De cette double étude expérimentale de l'âme faite par ses mouvements enregistrés par l'aiguille biométrique, et par ses lumières invisibles iconographiant et impressionnant la plaque photographique, il a détaché un chapitre spécial relatif aux psychicones, nom qu'il donne aux images créées par notre esprit sur la plaque.

Dans un précédent ouvrage sur la *Force vitale*, il avait en effet montré que les mouvements d'attraction et de répulsion de l'aiguille de son appareil biométrique, en présence de la main, décelaient les mouvements invisibles à notre état d'âme vitale, et donnaient la formule de notre tempérament vital.

C'est le *manomètre* qu'il emploie pour mesurer la force de vie en nous relativement à la direction d'un traitement électrique, comme le thermometre donne le degré de la fièvre. (*La Force vitale, notre corps fluidique, sa forme biométrique*, Carré éd.)

Dans l'iconographie qu'il décrit, il a trouve avec la plaque une nouvelle méthode d'enregistrer les mouvements de l'âme par leur propre lumière et d'avoir la signature personnelle respective de chacun de ces mouvements.

La plaque dans ses mains est devenue le loyal témoin intermé-

[1] Tout semble indiquer, au contraire, que le *cinquième asile* sera consacré aux aliénés, et ce sera sage.

diaire entre l'homme et le cosmos invisible, qui enregistre les communications ayant lieu entre eux, dans cette zone qu'il appelle l'*atmosphère fluidique de l'âme humaine.*

M. Baraduc s'est donc principalement occupé dans cette conférence de la force vitale condensée dans le corps humain, de ce corps fluidique appelé par lui Somod, capital-vie, nuage de force vitale condensé en nous. C'est cette nuée odique de vivante lumière qui prend la forme, l'image que notre esprit lui donne, grâce à sa faculté imaginative.

Le psychicone est donc la nuée odique de force vitale imaginée en forme, par l'imagination psychique. C'est une création de l'esprit indépendante du corps matériel, dont elle sort pour se produire sur la plaque.

Les psychicones sont caractérisés par l'absence de traits de lignes, ils sont une relation de lumière, une forme nuageuse de nuée odique, par points, pois, estompages, picturages ; la pellicule impressionnée ne présente pas le relief des portraits photographiques ordinaires.

Comment on obtient un psychicone. — En dehors de son emploi habituel en photographie, la plaque photographique ordinaire est un agent de réception des mouvements lumineux invisibles à l'œil, obtenus dans l'obscurité, ou avec la lumière rouge.

Sa faculté photochimique est remarquable ; elle peut être utilisée à enregistrer des vibrations connues, telles que celles de l'électricité ou des vibrations inconnues, c'est-à-dire les grandes anses elliptiques du Zoo-Ether, et en particulier les images créées par l'esprit humain, les *psychicones.*

Avec ou sans électricité, on peut projeter sur une plaque dans l'obscurité, une image bien imaginée, façonnée, modulée par l'esprit. Celui-ci doit donc concevoir mentalement avec puissance et netteté, l'image à laquelle il va donner un corps fluidique et sous une douce pression de la volonté, cette image s'évacue par la main et vient se graphier sur la plaque.

Pour aider son extériorisation, une faible tension, comme le souffle ou le vent électrique, peut être employée intermédiairement entre la main (le corps se trouvant dans un bain d'électricité statique positive) et la plaque, située en dehors à l'état neutre.

Quant à la vibration lumineuse en elle-même, c'est de la force vitale-animique, dont la graphie est nettement différente des forces voisines électriques, électro-neuriques, et que l'on peut obtenir indépendamment d'elles.

En résumé : l'esprit imagine une image, la module avec la force vitale humaine, se voile dans une forme qui l'exprime et l'extériore sous cette forme qui se graphie sur la plaque à laquelle la main l'abandonne. Les conclusions de ce que nous venons de dire sont :

1° *Physique.* — La plaque impressionnée offre une signature différente suivant qu'elle l'est par l'électricité ou par les effluves de la main. Ces effluves présentent une forme en rapport avec l'image tentée lorsqu'elle est puissamment voulue ou modulée, et extériorée.

2° *Psychologique.* — La constatation de la *possibilité* d'une image estompée d'une façon plus ou moins énergique suivant l'opérateur et la durée de l'opération (deux minutes à une heure), montre l'intervention d'un tiers facteur par rapport au corps et à la force vitale de l'âme, c'est-à-dire l'intervention de l'*esprit créateur.*

3° *Pathologique.* — A ce point de vue la communion fluidique avec l'invisible montre le danger de la contagion fluidique, de l'envahissement des âmes faibles par les émanations fortes, par les influences errantes vécues, car aucune des émanations humaines ne se perd parmi ces nuages de vie exhalés.

Comme conséquence on comprend ces aura, ces vapeurs, ces envahissements et le parasitarisme fluidique, figuré sous le nom de diabolisme ; enfin la réalité objectivale des formes hallucinatrices entrenues en lui, par le fou lui-même, lesquelles inversement nourrissent sa folie, c'est-à-dire le *parasite fluidique.*

4° *Philosophique.* — Le monde des formes, expérimentalement démontré, vient confirmer ou infirmer les différents systèmes philosophiques, qui se trouvent maintenant dominés par la notion suivante : L'esprit, actuellement inaccessible expérimentalement en lui-même, reste comme une pensée intime cachée au fond de nous, mais il se voile dans la forme iconographiable de notre lumière de vie qu'il modèle pour se manifester sur une plaque sensible, ainsi donc l'expérience même prouve que l'*âme humaine*, l'âme *psychique est mouvement*, *lumière et création.*

Selon toute probabilité, le volume du Dr Baraduc soulèvera d'ardentes polémiques. Il ne nous appartient pas de prendre parti; mais toute tentative loyale est digne d'intéresser les savants et ceux qui aiment l'amour de la vérité. S. A.

VI. *De l'aphasie sensorielle ;* par Ch. Mirallié. (*Stenheil*, 1896.)

Le très important travail de M. Marallié a trait à un des points les plus intéressants et les plus controversés de la pathologie nerveuse.

Les études sur l'aphasie se sont multipliées depuis Broca. Avec Trousseau, Duval, Jaccoud, Charcot, etc., la symptomatologie et la clinique de l'aphasie ont été bien établies. Wernicke en 1874, usant avec plus de rigueur de la méthode anatomo-clinique découvre l'aphasie sensorielle que Kussmaul ne tarde pas à diviser en cécité et en surdité verbales. En 1881, quatre centres sont anatomiquement déterminés correspondant à quatre modalités du langage : le

centre de Broca ou de l'aphasie motrice au pied de la troisième circonvolution frontale gauche, celui de Wernicke ou de la surdité verbale à la partie postérieure de la première temporale gauche, celui de l'agraphie placé par Exner au pied de la deuxième frontale gauche et enfin celui de la cécité verbale, symptôme qui fut nettement localisé au pli courbe gauche dans la première autopsie faite par M. Déjerine.

Les *causes* de l'aphasie sont le plus souvent le ramollissement cérébral parfois l'hémorragie et les tumeurs.

La lésion peut porter sur le centre cortical (aphasies corticales) ou sur les fibres qui relient les centres d'images motrices, visuelle ou auditive aux centres généraux correspondants (aphasies sous-corticales). Les Allemands ont créé un groupe tout schématique d'aphasies transcorticales où les relations entre les divers centres du langage et le centre de l'idéation seraient interceptées. Les formes corticales sont les plus fréquentes.

L'*aphasie sensorielle* fut décrite, pour la première fois, par Wernicke en 1874. Il entendait sous ce nom, un syndrome caractérisé par la perte de compréhension de la parole entendue et lue avec paraphasie et agraphie. La lésion de ce syndrome porterait sur le tiers postérieur de la première circonvolution temporale et la partie adjacente de la deuxième.

Kussmaul dédoubla le syndrome de Wernicke en appelant cécité verbale la partie de la compréhension de l'écriture avec paraphasie et agraphie mais avec conservation de la parole parlée. Charcot admit la surdité et la cécité verbale mais en fit des symptômes absolument indépendants de l'aphasie et de l'agraphie ayant leurs lésions à des points différents, et il expliqua leur coïncidence par des lésions multiples.

M. Mirallié, se basant sur de nombreuses et minutieuses observations, combat avec de solides arguments l'opinion de Charcot. Il admet une *seule aphasie sensorielle*, caractérisée essentiellement par la perte de la compréhension des mots entendus ou surdité verbale, la perte de la compréhension des mots lus ou cécité verbale, la paraphasie et l'agraphie. Au début, la surdité et la cécité verbales coexistent nettement, mais plus tard l'une prédomine sans que l'autre disparaisse cependant complètement, selon que la lésion s'étend du côté de la première temporale ou du côté du pli courbe.

Le *début* de l'aphasie sensorielle peut être une attaque d'apoplexie, ou bien il peut être brusque sans attaque, ou encore l'aphasie s'installe lentement et progressivement.

A la *période d'état*, la *surdité verbale* domine la scène clinique, le malade entend distinctement mais ne comprend pas les mots prononcés devant lui. Le degré de surdité verbale peut être plus ou moins grand, mais presque toujours le malade reconnaît son nom

prononcé devant lui, parfois son prénom et les noms de ses proches, mais plus rarement. Le nom propre fait en effet partie de l'individu. M. Mirallié insiste sur les faibles degrés d'aphasie sensorielle qui passent inaperçus lorsque les malades ne sont pas observés méthodiquement.

La cécité verbale est à la vision, ce que la surdité verbale est à l'audition. L'auteur fait remarquer qu'il faut borner souvent la cécité verbale à la parole écrite et que cette cécité n'existe pas parfois pour les symboles. Ainsi un malade, incapable de lire les mots « République Française », les prononçait aussitôt en présence d'un cartouche renfermant les lettres R. F.

Le malade atteint de cécité verbale ne peut lire ni l'imprimé ni le manuscrit ; s'il écrit, il ne peut se relire.

Le degré de cécité verbale est encore très variable; le plus souvent le malade conserve la faculté de lire son nom ou quelques mots spéciaux toujours les mêmes pour tous les malades (prénoms, noms de la femme et des enfants, de la ville natale, du métier). Il n'y a que dans les formes intenses que le malade perd la faculté de reconnaître les lettres.

La *parole parlée* est altérée, mais d'une façon différente de celle de l'aphasie motrice.

Le sensoriel, selon la définition de Déjerine est « un verbeux, un loquace, mais son langage est incohérent », le phrase se compose de mots détournés de leur sens (paraphasie) mélangés de mots forgés de toutes pièces (jargonaphasie). La *parole répétée* et la *lecture à haute voix* sont très défectueuses et présentent les mêmes caractères que la parole spontanée.

L'*écriture* de l'aphasique sensoriel est toujours très troublée à la période d'état.

L'écriture spontanée est impossible; mais bien que le malade ne puisse spontanément écrire une seule lettre, il tracera le plus souvent son nom. Le sensoriel ne peut écrire sous la dictée, et s'il copie il cherche péniblement à retracer les lettres comme s'il copiait un dessin.

L'*hémiopie* homonyme latérale droite constitue encore un symptôme fréquent et presque constant de l'aphasie sensorielle.

De l'*hémiachromatopsie* précéderait, fort souvent, d'après Vialet, l'hémiopie.

La *motilité* est généralement intacte. L'*intelligence* est toujours assez affaiblie. La *mimique* est aussi affaiblie en raison directe des troubles intellectuels.

Tels sont les signes cliniques que présente un malade frappé d'une lésion de la zone du langage qui occupe les circonvolutions d'enceinte de la scissure de Sylvius. Il offre toujours une altération du langage intérieur et par suite des altérations manifestes ou latentes de *toutes* les modalités du langage (parole, audition, lecture, écriture).

Il existe aussi des *aphasies pures*, mais ce ne sont pas des aphasies vraies. Ces aphasies motrices sous-corticales, cécité verbale pure, surdité verbale pure, ont leur siège en dehors de la zone du langage intérieur, elles ne portent que sur une modalité du langage et n'entraînent jamais l'agraphie.

Le *diagnostic* de l'aphasie consiste : 1° à reconnaître l'aphasie des troubles qui peuvent la simuler ; 2° à distinguer entre elles ses diverses variétés. Le diagnostic avec les troubles du langage des paralytiques généraux, bulbaires, pseudo-bulbaires, de la sclérose en plaques, est facile. Au premier abord un aphasique sensoriel peut passer pour un sourd ou un dément, mais l'erreur ne résiste pas à un examen même superficiel.

Cependant dans certaines paralysies générales on peut constater des aphasies vraies, si une lésion de la maladie existe au niveau du centre du langage. L'hystérie, dans certains cas très rares, donne lieu à de l'aphasie sensorielle.

L'aphasie sensorielle diffère de l'*aphasie motrice*. Le sensoriel est verbeux, le moteur n'a que peu de mots à sa disposition. La cécité verbale est moins accusée et la surdité verbale n'existe pas chez le moteur. L'agraphie est totale chez le sensoriel, il écrit son nom, mais comme un emblème en faisant sa signature. Il copie l'imprimé comme un dessin et le reproduit en imprimé ; tandis que le moteur copie l'imprimé en manuscrit.

L'*aphasique moteur sous-cortical* ne parle pas spontanément et ne peut répéter la parole entendue ni lire, mais il comprend, peut écrire et répondre en écrivant.

Dans les *aphasies sensorielles pures* (cécité verbale pure, surdité verbale pure), le langage intérieur est conservé et le malade peut parler spontanément.

L'aphasie transcorticale est hypothétique.

Il existe encore un trouble désigné par Bertin sous le nom de *dyslexie* qui consiste en l'impossibilité pour le malade de comprendre ce qu'il lit après quelques mots de lecture. Cette affection facile à distinguer de l'aphasie sensorielle vraie, tiendrait à un trouble fonctionnel au niveau du pli courbe.

M. Mirallié aborde ensuite l'étude de l'*agraphie* qui joue un rôle si considérable dans le diagnostic des aphasies. Il combat l'opinion de Charcot et d'Exner qui affirmaient l'existence d'un centre moteur autonome graphique. M. Mirallié adopte les opinions de Wernicke, Kussmaul, Lichtheim, Gowers, Déjerine, Freud, Oppenheim, etc., qui prétendent que toute altération d'un centre d'images du langage entraîne l'agraphie.

L'auteur passe en revue les arguments émis en faveur de l'hypothèse d'un centre de l'agraphie et établit que les arguments psycho-physiologiques ne reçoivent l'appui d'aucun fait clinique nettement observé.

Pour donner plus de force à son hypothèse, M. Mirallié, après avoir critiqué les arguments en faveur du centre de l'agraphie, expose ceux contraires à l'existence de ce centre. Se basant sur la clinique, il affirme que l'agraphie pure, non reliquat d'une aphasie motrice ou sensorielle, est encore à démontrer. Il cite l'observation de M. Bar où l'autopsie révéla une seule lésion localisée au pied de la deuxième frontale (localisation de l'agraphie de Charcot). Ce malade aurait dû être atteint d'agraphie pure, mais l'observation indique des troubles de la parole avec ceux de l'écriture. Enfin M. Mirallié a fait des expériences au moyen de cubes sur lesquels des lettres étaient dessinées. S'il existait un centre d'agraphie permettant de coordonner les mouvements nécessaires pour tracer des lettres, les malades atteints d'agraphie pourraient former des mots avec ces cubes, les mouvements destinés à tracer les lettres n'étant plus nécessaires. Or, chez tous les malades, l'agraphie existait tout aussi bien pour ce genre d'écriture typographique que pour l'écriture ordinaire. Donc, dit M. Mirallié, l'agraphie ne résulte pas d'une perte de prétendues images graphiques mais bien de la perte de la notion du mot. Rien n'autorise actuellement à admettre un centre de l'agraphie.

L'*anatomie de la zone du langage* est ensuite minutieusement exposée par l'auteur. Voici ce qu'il entend sous ce nom avec M. Déjerine : c'est la plus grande partie de la circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius : pied de la troisième frontale, centre des images motrices d'articulation; partie postérieure des première et deuxième temporales centre des images auditives; pli courbe, centre des images visuelles. Ces diverses parties sont reliées entre elles par des fibres blanches, d'autres fibres les réunissent aux autres régions corticales, d'autres traversent le corps calleux et vont à l'autre hémisphère.

De toute la corticalité de la zone du langage partent des fibres de projections venues des cellules pyramidales. Les mieux connues sont celles de la troisième frontale qui forment le faisceau pédiculo-frontal de Pitres, occupent le genou de la capsule interne formant son extrémité antérieure, le bord interne du pied du pédoncule puis arrivent aux noyaux moteurs du bulbe. Cette zone du langage est irriguée par l'artère sylvienne et ses branches.

Les aphasies vraies sont produites par les lésions de cette zone du langage, tous les modes du langage sont atteints et le langage intérieur est altéré. Les aphasies pures résultent d'une lésion des fibres de conduction centripète ou centrifuge ; la zone du langage étant intacte, il y a intégrité du langage intérieur.

Le remarquable travail de M. Mirallié se termine par un recueil de 62 observations dont beaucoup sont inédites qui forment une base solide aux opinions que défend l'auteur.

Certaines de ces observations s'accompagnent de dessins des

lésions du cerveau, de reproductions de l'écriture altérée des malades. Les plus intéressantes sont : l'observation 59 (personnelle) ayant trait à un malade atteint de cécité verbale et littérale totale avec agraphie dans laquelle le malade ne reconnaît et ne peut écrire que son nom.

L'observation 60 dans laquelle le malade, atteint d'aphasie sensorielle complète, est agraphique et ne peut écrire avec des cubes alphabétiques. Il présente une paraphasie et une jargonaphasie très marquée. Ce même malade, qui ne peut répéter les paroles dites de la *Marseillaise*, les prononce distinctement en chantant.

Enfin, signalons la très curieuse observation 62 (inédite), recueillie avec M. Escat dans le service de M. Gaucher. Le malade est atteint de cécité verbale pure. Très bon dessinateur, il dessine très bien spontanément une tête et est incapable de copier correctement un modèle de tête et même de dessiner d'après nature une simple sonnette. Les figures de ces dessins reproduites au cours de l'observation sont des plus intéressantes.

Les mémoires du genre de celui de M. Mirallié ne se jugent pas à la suite d'une analyse, ils sont le résultat d'une connaissance trop exacte de la clinique et de l'anatomie cérébrales pour ne pas perdre beaucoup dans un résumé fût-il très long et très consciencieux.

J. Noir.

VARIA.

Les peintres de la médecine (Ecoles flamande et hollandaise). Les opérations sur la tête; par M. Henry Meige. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1895, nos 4 et 5.)

C'est là une de ces études médicales et artistiques que M. Meige, érudit et artiste à la fois, s'entend si bien à rendre attrayantes. Je n'ai pas la prétention de l'analyser, elle est très étendue et se prête mal à l'analyse, mais je tiens à la signaler comme une des plus intéressantes parmi les intéressantes études du même genre, que l'on trouve dans presque tous les numéros de la *Nouvelle Iconographie*. On y voit intercalés dans le texte d'excellents dessins représentant les tableaux plus ou moins connus, dont on a ainsi à

la fois la reproduction, l'histoire et l'interprétation critique. — M. Meige, le titre de son travail l'indique, a recherché dans les différents musées les tableaux et les gravures des anciennes écoles flamande et hollandaise, représentant des scènes de pratique chirurgicale. Limitant ensuite son sujet, il n'a gardé, de ces reproductions de l'art chirurgical, que celles qui avaient trait à la chirurgie de la tête. Les tableaux de cette sorte sont, paraît-il, assez nombreux et on peut les ranger par catégories. Ainsi, il y a d'abord de nombreux tableaux qui représentent des extractions de dents : on trouve toujours au moins un *Dentiste* dans chaque musée d'Europe. Le Louvre possède le *Dentiste* de Girerd Don, qui est un véritable chef-d'œuvre. Il existe aussi quelques reproductions d'opérations pratiquées sur les yeux, mais les opérations pratiquées sur le crâne ont joui particulièrement d'une grande vogue artistique; M. Meige, jusqu'à présent, en a déjà réuni douze exemples trouvés dans les différents musées d'Europe, et qui tous méritent d'être étudiés au point de vue médical, artistique et anecdotique. C'est, en réalité, les douze études de ces douze tableaux ou gravures qui constituent le fond de son travail.

Eh bien, ces douze tableaux ou gravures représentent presque tous d'une façon indéniable des scènes d'extraction de *pierres de la tête*.

Qu'est-ce donc que ces *pierres de la tête ?* — M. Meige va nous l'apprendre. Il est une locution familière dont on fait un usage fréquent, lorsqu'on veut dire de quelqu'un que son fonctionnement psychique laise à désirer : « Il a, dit-on, un *hanneton* ou une *araignée* dans le cerveau, » ou encore : « Il a un *grain* dans la tête. » Autrefois, dans certains pays, on se servait, et on se sert encore dans quelques contrées du Nord, pour exprimer la même idée, d'une locution analogue : « Il a *une pierre dans la tête.* » Or, nous n'étonnerons personne en disant qu'il s'est trouvé jadis nombre de charlatans pour démontrer que la locution exprimait un fait positif, qu'il existait réellement des pierres dans la tête et la cervelle des gens atteints de certaines maladies, lesquelles gens guérissaient dès qu'on était parvenu à leur arracher leurs pierres, si bien que l'extraction des pierres de tête devint à un moment donné une véritable industrie. Comme conclusion, tous ces tableaux et toutes ces gravures qui représentent des scènes d'extraction de pierres de la tête sont des œuvres satiriques et philosophiques, dont plusieurs ont en outre une grande valeur artistique, et M. Meige expose l'histoire et fait la critique des douze exemples qu'il a recueillis, parmi lesquels je citerai le *Chirurgien de Village* de Jan Sauders (van Hemessen), du musée du Prado de Madrid; les gravures de Pierre Bruegel le Vieux, du musée d'Amsterdam, de Nicolas Weijdmans; du cabinet des estampes du muséum d'Amsterdam, etc.

CAMUSET.

Guérisons prétendues miraculeuses au mont Saint-Michel

Nous avons trouvé dans l'*Histoire du Mont Saint-Michel* de Deschamps du Manoir un certain nombre de faits intéressants, concernant la guérison, réputée miraculeuse, de plusieurs personnes atteintes d'affections nerveuses et en particulier d'hystérie. Nous croyons utile d'en placer la relation sous les yeux de nos lecteurs.

« *Aux frères habitant le mont Saint-Michel, le frère Robert et les autres frères serviteurs du bienheureux Vigor, près Bayeux.*

« Notre frère Hugues, neveu de l'abbé de Lon...[1] que vous connaissez parfaitement, puisqu'il a été élevé parmi vous, a éprouvé une chose inouïe, dont la singularité a frappé ici tout le monde. Un mardi, pendant la messe matinale, il fut pris d'un mal de tête et se retira dans sa cellule, où il éprouva tout à coup une crise de la maladie que les médecins appellent épilepsie, d'un mot grec, ou mal sacré, parce qu'elle affecte les parties nobles de l'homme, comme la tête et l'esprit, et que nous nommons vulgairement mal caduc, parce qu'il fait tomber. Un frère, hors de lui, accourut me chercher au cloître, où j'étais par hasard occupé à écrire. Nos frères, qui avaient fini l'office, accoururent aussi près de lui, avec la croix et l'eau bénite. Nous nous mîmes à genoux pour réciter les psaumes de la pénitence; puis je le fis porter à l'église au pied de l'autel de saint Nicolas. Là, nous récitâmes encore les sept psaumes pénitentiaux, les litanies et les trentes psaumes d'avant l'office de nuit. Troublé et agité, Hugues poussait des gémissements lamentables et entendait des voix pleines de reproches.

« On le porta à l'infirmerie, et on appela deux célèbres médecins qui se trouvaient alors à Bayeux. Leur art resta inutile, et les accès se répétaient chaque jour, de manière à ce que je ne pouvais pas le quitter. Dans une situation si triste, il n'avait pas perdu cette légèreté, cette étourderie, ce penchant à la bouffonnerie, qui m'avaient tant contristé et que vous lui avez connus autrefois.

« Vingt-sept jours se passèrent de la sorte; le vingt-huitième, après le souper, je retournai près de lui comme à l'ordinaire, et je m'assis devant son lit. Etonné de son silence, j'entr'ouvris les rideaux, et je le trouvai privé de sentiment. Un peu après, il poussa un profond soupir, et dans l'espace d'une heure, il eut trois crises horribles, pendant lesquelles des voix mystérieuses lui criaient de se recommander aux prières de ses frères, pour fléchir le courroux de Dieu.

« J'appelai quatre religieux, et on apporta solennellement le corps

[1] Lonensis abbattis.

de Notre-Seigneur pour lui donner la sainte communion. La plus grande partie de la nuit fut calme et silencieuse; puis les crises recommencèrent. Je fis aussitôt éveiller toute la communauté, pour qu'elle vînt prier avec nous. Pendant que nous récitions les psaumes, il me dit : « Dites à nos frères d'aller se reposer, parce « que je suis délivré pour cette fois par la miséricorde de mon Dieu, « et je ne serai repris que dans trois jours. » Une grande anxiété avait éteint sa légèreté native, et je profitai de ces bonnes dispositions pour l'avertir de faire un retour complet sur lui-même et de confesser tous ses péchés passés, surtout ceux qui avaient été pour lui une cause de tourment dans cette vision si terrible. Il le fit de toute son âme, et je lui donnai les meilleurs avis qu'il me fut possible.

« Le troisième jour, après avoir assisté à l'office du matin hors du chœur, il vint au chapitre se prosterner aux pieds des religieux, le cœur ému et l'âme brisée, puis il reçut la discipline avec une humilité admirable, tous les moines passèrent ce jour dans les larmes, distribuant leur dîner aux pauvres et donnant de plus un denier à chacun. Dans une nécessité si pressante, nous voulûmes honorer Jésus-Christ dans la personne du pauvre, et nous fîmes entrer à l'infirmerie un indigent qui dîna avec notre frère et reçut deux deniers. La journée fut consacrée à la prière, et notre frère communia à une messe qui fut dite pour lui. Après que nous eûmes pris notre réfection, j'allai rejoindre le malheureux Hugues, qui, assis et tremblant, sentit la main de Dieu s'appesantir sur lui. Il tomba sans connaissance, et quoiqu'il n'eût pas les violentes agitations des premières crises, il se roidissait et écumait. Je fis venir la communauté qui se mit en prière; tout à coup sa main droite s'ouvrit et il fit trois signes de croix. Nous continuions à psalmodier, et nous l'entendions dire en se frappant la poitrine : « Mon « Dieu, mon Dieu ! que je suis pressé ? des bêtes cruelles m'atta- « quent... mais elles se retirent... » Il ajouta un peu après, quand nos frères se furent rendus au chœur pour l'office du soir : « J'ai « vu entrer par cette petite porte un horrible homme noir, aux « yeux flamboyants, le feu lui sortait par la bouche, et il traînait à « sa suite deux chiens affreux, qui jetaient le feu par la gueule « pour me consumer. J'ai bien combattu ces ennemis, et je suis « parvenu à les mettre en fuite, en donnant un coup à chacun « d'eux. » Je compris que les trois coups qu'il avait donnés étaient les trois signes de croix qu'il avait faits. Il gisait sur son lit, brisé de terreur et de fatigue, et, la nuit suivante, il eut une nouvelle crise tout aussi épouvantable, pendant laquelle il fit un grand signe de croix. Il me dit quand elle fut passée : « J'ai vu trois hommes « armés de lances d'un feu qui sentait le soufre, entrer dans ma « cellule pour me percer; mais avec la croix que je tenais à la « main, je les ai dispersés. » D'abondantes larmes coulaient sur les

joues amaigries par la souffrance et enflammées par la fièvre. Pour le consoler, je lui parlai de nos divines Ecritures et du mystère adorable de la Trinité. Il m'écoutait attentivement, quand soudain il ferma les yeux et sembla perdre connaissance ; cependant il tenait les mains jointes et élevées vers le ciel. Nous nous mîmes à réciter le symbole de saint Athanase, et comme nous le répétions une seconde fois, vers la moitié, il ouvrit les yeux et s'écria : « Gloire à vous, ô mon Dieu ! gloire à vous, ô mon Dieu ! » Nous nous hâtâmes d'achever le symbole, et Hugues me pria de faire venir près de son lit tous les religieux du mont Saint-Michel qui résident ici. Quoique j'eusse quelque répugnance à interrompre avant matines le sommeil de nos frères, que j'avais envoyés se reposer comme de coutume, je cédai à ses vives instances, et dès qu'ils furent réunis : « De la part de Dieu, dit-il, de la part de saint « Michel et de saint Vigor, notre excellent patron, ne retournez « point au Mont pendant la prélature de celui qui en est mainte- « nant abbé. Si vous y retournez habiter, vous aurez une mauvaise « fin et une mort affreuse, le Seigneur vous prouvera la vérité de « ces paroles. » Je renvoyai alors nos cinq frères du mont se reposer sur leurs lits ; mais voyant Hugues repris d'un nouvel accès, je les rappelai et nous récitâmes de nouveau le symbole de saint Athanase. Après le *Gloria Patri*, Hugues s'assit sur son lit, en s'écriant : « Que le Seigneur soit béni ! qu'il soit à jamais béni ! me « voilà entièrement guéri ; je puis me lever et agir comme vous ! » Et en effet nous vîmes sur son visage je ne sais quelle marque divine de santé, et celui qui un instant auparavant était étendu sous les étreintes de la maladie et dans les angoisses de la mort, paraissait dans la joie et dans une santé florissante. Aussi nous nous empressâmes de réciter le *Te Deum*. Depuis lors, il se porte parfaitement, et il bénit, par ses paroles et par son changement de conduite, le Seigneur qui l'a frappé et guéri, le Seigneur dont il a senti la main, et auquel soit honneur, gloire et puissance dans les siècles des siècles ! Amen. » (Deschamps du Manoir. *Histoire du Mont Saint-Michel, au péril de la mer et du mont Tombelaine*, 3e édition. 1877, p. 321.)

« Le manuscrit n° 34 rapporte la guérison d'une *femme paralytique*, qui voyant tout le monde courir au-devant de la châsse de saint Aubert, apportée processionnellement du mont à la cathédrale d'Avranches, se mit à invoquer le saint pontife avec ferveur. Elle s'était placée près de la porte de la ville, et, quand les Saintes Reliques passèrent devant elle au sortir d'Avranches, *elle se trouva subitement guérie*. » (Deschamps du Manoir. *Histoire du Mont Saint-Michel*, p. 320.)

« La première, du 4 mai 1560, est celle d'une jeune fille de Saint-

Sylvain-en-Caux, nommée Thomasse George, *dont la main ne pouvait s'ouvrir.* « Comme elle faisait dire la messe, le prêtre faisant « la dernière élévation du corps de Notre-Seigneur, la main lui fut « ouverte aussi facilement que si jamais elle n'avait été fermée. »

« Ce fut également une Bretonne qui obtint le troisième miracle. Guillemette, femme de Jean Leredde, de Cancale, fut délivrée d'une *possession* le 29 janvier 1595.

« La quatrième de ces guérisons est celle du 14 juillet 1594. Jean Tellevast, de Carneville, au diocèse de Coutances, était, comme Guillemette Leredde, possédé du Démon, qui le harcelait horriblement. Sa mère, son frère et un de ses cousins le conduisirent au mont, lié et emmenotté. Dom Payem, promoteur de l'abbaye, l'exorcisa, et il fut si complètement délivré du malin esprit, qu'il laissa ses liens au pied de l'image de saint Michel... » (Deschamps. *Histoire du Mont Saint-Michel*, p. 330.)

Ces faits s'ajoutent à ceux que nous avons déjà rapportés en maintes circonstances et justifient les opinions soutenues par notre illustre maître Charcot, dans un de ses derniers travaux : *La foi qui guérit*, que nous avons publié dans les *Archives de Neurologie* (t. XXV, p. 72, 1893), et que nous réimprimons actuellement pour la *Bibliothèque diabolique.* B.

Séquestration d'un aliéné.

Le parquet de Cambrai vient d'être saisi d'une grave affaire de séquestration qui s'est passée à Soncourt. La dénonciation affirmait que, dans une grande ferme de cette commune, un jeune homme, qui était revenu du régiment l'esprit oblitéré, était séquestré par ses parents depuis six ans. Le procureur de la République de Cambrai et le juge d'instruction, accompagnés d'un médecin légiste, se sont rendus aussitôt à la ferme désignée, et ont procédé à une enquête. Ils trouvèrent, en effet, l'idiot dans une chambre obscure, située à l'extrémité de la ferme.

Un air méphitique régnait dans ce taudis infect. Le pauvre insensé était couché sur une paillasse pourrie par ses déjections. Il n'avait pour tout vêtement qu'un mauvais maillot de coton dont les trous laissaient voir le corps décharné et sale, complètement replié sur lui-même. Les membres inférieurs sont ankylosés. Il semble privé de l'usage de la parole et ne répond que par des cris gutturaux aux questions qui lui sont posées. En résumé, c'est un être retourné à l'état sauvage.

A la vue des gendarmes, il s'est mis à rire et a poussé des petits cris de joie. Le pauvre idiot a été transporté immédiatement à l'hôpital Saint-Julien, à Cambrai. Aucune mesure n'a encore été prise contre les parents dénaturés. (La *Justice*, du 12 oct.)

Il s'agit là, non pas d'un malade atteint d'idiotie, maladie congénitale ou de l'enfance, mais d'un malade devenu aliéné. Les séquestrations illégales de ce genre entraînent la responsabilité, non seulement de la famille, mais encore du maire de la commune et du préfet du département. Les communes, les administrations départementales, les conseils généraux, placent trop souvent les considérations financières au-dessus des questions d'humanité. On entoure les placements des aliénés dans les asiles de trop de difficultés administratives. On ne veut ordonner le placement que si le malade est dangereux, a commis des attentats contre les personnes et contre la propriété. C'est au ministère de l'intérieur qu'il appartient de faire cesser ces séquestrations arbitraires et barbares en donnant des instructions formelles à ses préfets, en leur rappelant que la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés est au premier chef une LOI DE BIENFAISANCE.

ASSISTANCE DES ENFANTS IDIOTS.

Nous avons reçu la lettre suivante qui mérite d'attirer l'attention des médecins et des administrateurs.

3 octobre 1896.

Monsieur et très honoré confrère,

Je vous prie d'abord de m'excuser si je viens vous déranger au milieu de vos nombreuses occupations, mais il s'agit d'une œuvre d'humanité et d'une question qui relève de votre compétence bien connue en matière de phrénologie infantile. Je voudrais savoir s'il existe quelque part un asile où pour une modique somme, sinon gratuitement, on pourrait recueillir une enfant de quinze ans demeurée arriérée par suite d'une méningite survenue dans la première enfance, et ayant en outre un bras et une jambe frappés d'impotence fonctionnelle. La mère, divorcée, n'a pour toute ressource que des journées de couture (75 centimes par jour); elle est obligée d'abandonner chez elle cette enfant qui a déjà été victime de deux tentatives de *viol*. Il est facile de prévoir ce qui finira par arriver ; cette situation est intolérable et il n'existe dans ce pays aucun moyen d'y remédier.

Si on connaissait un établissement voulant se charger de ce genre de malade on pourrait solliciter la charité de quelques familles et même s'adresser à l'administration pour avoir un secours et constituer un trousseau ou donner quelque argent. J'espère que vous

me pardonnerez mon importunité en faveur du motif et que vous voudrez bien m'honorer d'une réponse.

Recevez, monsieur et très honoré confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments. Dr E. d'A...

Ce fait plaide d'une façon éclatante en faveur de l'hospitalisation et du traitement des idiots enfants, adolescents et adultes.

Loi interdisant le mariage aux épileptiques et aux imbéciles.

La *Médecine Moderne* (n° du 26 août 1896) rapporte d'après le *Medico-surgical Bulletin* que la législature du Connecticut a voté une loi interdisant à tout homme ou femme épileptique, imbécile ou faible d'esprit, de se marier ou de vivre ensemble comme mari et femme, quand la femme est âgée de moins de quarante-cinq ans. La pénalité est un emprisonnement de trois ans au moins. Toute personne qui aidera à cette union sera passible d'une amende de 1,000 dollars ou d'un emprisonnement d'un an.

L'application absolue de cette loi nous paraît difficile. Elle est facile quand il s'agit des idiots proprement dits, des imbéciles à un degré prononcé et des épileptiques incurables plus ou moins aliénés, qui, tous, sont des gens peu mariables. En ce qui concerne les épileptiques qui ont des accès rares, ne troublant que passagèrement leurs facultés intellectuelles, et les épileptiques qui n'ont que des accès nocturnes, dont la maladie est pour ainsi dire ignorée du public, la loi est difficilement applicable. Dans ces conditions, si le conjoint sain n'a pas été prévenu de l'existence de l'épilepsie, le divorce devrait être de droit.

Pour ce qui est des *faibles d'esprit*, il y a une très grande difficulté à l'application de la loi, car il faudrait préciser où la faiblesse d'esprit commence et où elle finit.

Les équipées du petit Janot : Hippophilie.

Edouard Janot, un galopin haut comme une botte, à la physionomie rusée, a treize ans. On ne lui en donnerait pas huit. Il est poursuivi à la 9e chambre correctionnelle du tribunal de la Seine pour vol d'un cheval et d'une voiture.

Le 21 juillet dernier dans la matinée, au marché de Joinville-le-Pont, Edouard Janot détela le cheval d'un charcutier, M. Morin, sous le nez d'une dame que ledit charcutier avait chargée de garder son attelage. Ensuite, prenant le cheval par la bride, le petit

bonhomme se rend chez un charron, M. Honnot, et il lui emprunte une voiture soi-disant de la part d'un client, M. Bouet.

Peu de temps après, tandis que le charcutier réclamait en vain son cheval à tous les échos, le charron apprenait de son client que celui-ci n'avait envoyé personne lui emprunter une voiture. Alors commença la chasse au voleur. Dans la soirée, Edouard Janot fut rencontré promenant en voiture un de ses camarades. Le cheval était à moitié fourbu. La pauvre bête avait reçu plus de coups de trique qu'elle n'avait mâché de grains d'avoine. Le jeune prévenu, qui n'en et pas à son premier vol, reconnaît en souriant avec fierté les faits qui lui sont reprochés.

Son père, M. François Janot, un très honorable charretier, a été cité devant le tribunal. Ce brave homme refuse absolument de reprendre le mauvais garnement.

— Ce gamin-là, dit-il, est incorrigible. C'est la quatrième fois qu'il se fait arrêter pour vol de chevaux et de voitures qu'il abandonne sur la voie publique après s'être promené toute la journée. Je demande qu'il soit envoyé dans une maison de correction et qu'on lui apprenne un métier.

Alors le moutard : — Un métier, mais j'en connais un, celui de cocher. Le tribunal acquitte le jeune Édouard comme ayant agi sans discernement, mais il l'envoie dans une maison de correction jusqu'à sa vingtième année. (*Petit Journal*, 27 août 1896.)

Le petit Janot nous paraît un malade. Ce n'est pas un cas exceptionnel ; il appartient à la catégorie de ceux qui ont la manie de voler les chiens ; c'est là une variété de kleptomanie. Sa place n'est pas dans une maison de correction où il deviendra pire, mais dans un établissement médico-pédagogique. La grande majorité des enfants envoyés en correction sont des *malades*.

FAITS DIVERS.

Jeune mystique. — Dans les *Aventures de ma vie*, de Henri Rochefort, nous lisons (p. 37, t. I) le passage suivant : « Une autre sœur de mon père, la baronne d'Almais de Curnieux, qui vivait avec elle, mourut littéralement de faim et d'épuisement à la suite d'un carême où elle avait jeûné au bas mot trente jours sur quarante. Elle nous écrivait des lettres où, comme dans les *Faux-Bonshommes*, il n'était question que de sa mort et où elle nous indi-

quait la place de tous les objets que nous trouverions dans ses tiroirs après son décès. »

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions.* — M. le Dr Pécharman, médecin adjoint de l'asile de Clermont, est promu à la 1re classe du cadre à partir du 16 juillet; — M. le Dr Chocraux, médecin adjoint à l'asile de Bailleul, est élevé à la 1re classe du cadre à partir du 1er septembre; — M. le Dr Charuel, médecin adjoint à l'asile de Châlons-sur-Marne, est élevé à la 1re classe à partir du 1er septembre; — M. le Dr Hamel, médecin adjoint à l'asile de Saint-Yon est élevé à la 1re classe du cadre à partir du 1er septembre 1896; — M. le Dr Bertz, médecin adjoint à l'asile de Dury, est élevé à la 1re classe du cadre à partir du 1er septembre 1896; — M. le Dr Toulouse, médecin-adjoint à l'Asile clinique (Sainte-Anne), est élevé à la classe exceptionnelle à partir du 1er octobre.

Zuccarelli e Mauceri. — 3° *Dente molare (considetto del semio della mascella superiore studiato in 271 crani.* — Brochure in-8° de 20 pages. — Roma, 1896. — Tipografia dell Unione cooperativa editrice.

Bailey (P.) et Ewing (J.). — *A contribution to the study of acute ascending (Landry's) Paralysis.* — Brochure in-8° de 38 pages, avec une planche hors texte. — New-York, 1896. — D. Appleton and C°.

Brero (Van). — *Einiges über die Geisteskrankheiten der Berolkerung des malasiichen Archipels.* (Beiträge zur vergleichenden Rassenpsychopathologie). Brochure in-8 de 54 pages. — 1896. — Chez l'auteur, à Buitenzorg (Java).

Shuttleworth (G.-E.). — *Mental overstrainingeducation.* — Brochure in-12 de 11 pages. — Londres, 1896. — *The Lancet.*

Bouvéry (J.). — *Le spiritisme et l'anarchie devant la science et la philosophie.* — Volume in-8° de 464 pages. — Paris, 1896. — Librairie Chamuel.

Higier. — *Sclerosis multiplex.* — Brochure in-8° de 15 pages. — Bibliothek medicinischer Wissenschaften. — Chez l'auteur à Warschau.

Higier. — *Pachymeningitis spinalis.* — Brochure in-8° de 5 pages. Bibliothek medicinischer Wissenschaften. — Chez l'auteur à Warschau.

Higier. — *Muskelatrophie.* — Brochure in-8° de 21 pages. Bibliothek medicinischer Wissenchaften. — Chez l'auteur à Warschau.

Higier. — *Eine combination von Poliencephalomyelitis und puerperales Polyneuritis.*— Brochure in-8° de 20 pages.— Wien, 1896. — *Wiener Medizinische Presse.*

Higier (H.). — *Ueber die Seltenen Formen der hereditären und familiären Hirn und Rückenmarkskrankheiten.* — Brochure in-8° de 61 pages. — Wien, 1896. — *Wiener Medizinische Presse.*

Higier (H.). — *Syringomyelia.* — Brochure in-8° de 29 pages. Warszawa, 1896. — Druk. k. Kowalewskiego.

Keen (W.-N.). — *Gangrene as a complication and sequel of the conti-*

nued fevers, especially of typhoid. — Brochure in-8° de 34 pages. Philadelphia, 1896. — *Massachusetts Medical Society.*

Keen (W.-W.). — *The treatment of traumatic lesions of the kidney with tables of 155 cases.* — Brochure in-8° de 44 pages. — Philadelphia, 1896. — *Annals of surgery.*

Noble (Ch.-P.). — *Drainage versus Radical operation in the treatment of large pelvic abscesses.* — Brochure in-8° de 7 pages. — Chicago, 1896. — *American Medical Association Press.*

Noble (Ch.). — *A new operation for certain cases of procidentia uteri.* — Brochure in-8° de 3 pages. Philadelphia, 1896. — *American Gynæcological and Obstetrical Journal.*

Noble (Ch.). — *Suspensio uteri with reference to its influence upon pregnancy and labor.* — Brochure in-8° de 19 pages. — New-York, 1896. — *W. Wood and Company.*

Noble (Ch.). — *Special report of the Kensington hospital for women from its organisation in 1883 until 1896.* — Brochure in-8° de 21 pages. Kensington, 1896. — Chez l'auteur.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du* 31 *DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations, la bande de leur journal.

Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 1196.

Vol. II. Décembre 1896. N° 12.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

DES PSYCHOSES RELIGIEUSES A ÉVOLUTION PROGRESSIVE ET A SYSTÉMATISATION DITE PRIMITIVE[1]

PAR

A. MARIE, Médecin en chef de la colonie de Dun-sur-Auron.

ET

Ch. VALLON, Médecin en chef de l'Asile de Villejuif.

« Les conceptions délirantes présentent en général, dit Marcé[2], l'empreinte du milieu dans lequel vit le malade et varient singulièrement selon l'époque, les préjugés sociaux, les idées régnantes. Dans les temps antiques, les lypémaniaques se croyaient poursuivis par la colère des Euménides ou des dieux infernaux, ou atteints par les flèches de Diane : au moyen âge, la croyance aux sorciers, aux esprits diaboliques, aux revenants, donnait aux monomanies un aspect caractéristique. De nos jours, des formes gouvernementales nouvelles, une surveillance plus grande exercée sur tous les citoyens et, dans un autre ordre d'idées, des découvertes merveilleuses en chimie, en physique, ont substitué aux idées superstitieuses du moyen âge la crainte des persécutions de la

[1] Cet article est le résumé d'un chapitre sur les *Psychoses mystiques* en collaboration avec M. le Dr Vallon pour l'*Encyclopédie Leauté*. Il nous a paru d'actualité d'en extraire ces lignes après le Congrès de Nancy où les délires hallucinatoires ont été étudiés et, à leur propos, une observation répondant au type que nous décrivons.

[2] Marcé. — *Traité pratique des maladies mentales*. Paris, 1862, p. 366.

police et cette croyance, si commune chez les hallucinés, qu'on les tourmente à l'aide de l'électricité. La forme du délire change donc avec les siècles, mais au fond les éléments du délire restent les mêmes.

Moreau (de Tours)[1] dit de même : « On ne délire généralement que dans le cercle de ses idées et de ses croyances.

« Autrefois, sous l'empire des idées superstitieuses, qui régnaient alors sans contrôle, il se rencontrait des hommes sérieux et véritablement instruits qui croyaient avoir des rapports immédiats avec la Divinité, être en relation avec les esprits célestes, les anges, bons et mauvais, recevoir d'eux les inspirations, ne rien penser, ne rien dire, ne rien faire que sous leur dictée et par leurs ordres. Aujourd'hui, ces aberrations ne s'observent plus que chez de pauvres diables qui sont nés et ont vécu toute leur vie dans un dénûment physique et moral complet, bien plus privés, encore, de la nourriture de l'âme que de celle du corps. Non plus que les possédés ou démoniaques, les illuminés mystiques, théosophes, etc., etc., ne se voient plus guère que parmi les pauvres d'esprit.

« Les idées fixes, les hallucinations sont partout, toujours, chez tous les hommes, petits et grands, savants et ignorants, le même fait morbide, la traduction phénoménale, interne ou externe, d'une lésion somatique que le milieu moral ambiant peut faire varier dans ses manifestations extérieures, dans la forme, mais non dans sa nature intrinsèque. »

« L'aspect, disent aussi MM. Magnan et Sérieux[2], sous lequel se présente le malade atteint de délire chronique varie, non seulement, suivant la période de la psychose, mais encore, avec ses croyances, son éducation, le milieu social dans lequel il a vécu, ses préoccupations habituelles. Il emprunte à ces divers éléments, pour édifier son délire et lui donner la marque de son individualité propre.

« Nous voyons ainsi, d'un côté, le *délire du moyen âge*, avec ses croyances superstitieuses, de l'autre, le *délire moderne* utilisant les progrès de la science et l'industrie, et en rapport avec les luttes politiques et l'organisation sociale nouvelles. »

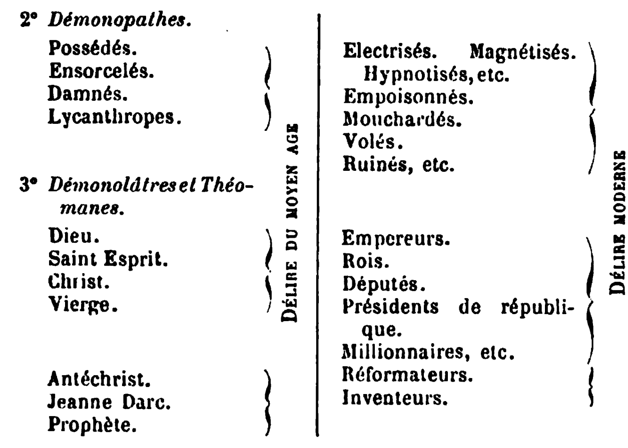
Le facteur sociologique, trop souvent négligé en pathologie

[1] Moreau de Tours. — *Psychologie morbide*, p. 221, 222.

[2] Magnan et Sérieux. — *Délire chronique*, p. 98.

mentale, nous semble avoir une importance non moindre en ce qui concerne l'aliéné qu'en ce qui concerne le criminel. Les progrès de l'anthropologie ont démontré son importance majeure. Cette influence des milieux sur les psychoses nous paraît nettement démontrée en particulier par les psychoses mystiques; les caractères différentiels que le délire emprunte aux temps, aux lieux et aux croyances ambiantes loin d'être superficiels et de pure forme, apparaissant d'autant plus profonds qu'on les étudie de plus près.

Rappelons le tableau comparatif de l'évolution parallèle des deux variétés de psychose décrites par les auteurs précédents.



1° *Période commune d'incubation. Inquiétudes vagues.*

Délire du moyen age	Délire moderne
2° *Démonopathes.*	
Possédés. Ensorcelés. Damnés. Lycanthropes.	Electrisés. Magnétisés. Hypnotisés, etc. Empoisonnés. Mouchardés. Volés. Ruinés, etc.
3° *Démonolâtres et Théomanes.*	
Dieu. Saint Esprit. Christ. Vierge.	Empereurs. Rois. Députés. Présidents de république. Millionnaires, etc.
Antéchrist. Jeanne Darc. Prophète.	Réformateurs. Inventeurs.

4° *Démence terminale.*

Nous en tenant à la première de ces variétés, celle qu'on pourrait appeler le délire chronique religieux, nous allons nous attacher à en dégager les caractères. Mais il y a lieu de distinguer selon la période de la maladie.

Et d'abord, à la première période délirante, celle qui suit la période en quelque sorte prodromique, ou d'incubation, en quoi ces malades diffèrent-ils cliniquement; d'une part, des malades à délire systématisé secondaire, mélancolie religieuse de Cotard; d'autre part, des malades analogues à délire moderne, comme on l'a dit, à délire de persécution pure sans idées religieuses?

Les mélancoliques poursuivis par le démon perdent progressivement du terrain jusqu'au jour où le diable installé dans leur corps blasphème victorieusement par leur bouche; les démonopathes qui nous occupent maintenant sont bien aussi en lutte avec l'esprit malin, mais, eux, lui tiennent tête et, au bout d'un temps plus ou moins long, finissent par triompher de ses maléfices, grâce le plus souvent d'ailleurs à quelques mystérieux soutiens dont la divine origine finit par leur être révélée. Dieu et ses saints, et non plus Satan, s'expriment par leur bouche ; mais auparavant on observe ici, en règle, des troubles sensoriels multiples, essentiels et primitifs, les troubles psychomoteurs étant secondaires, tardifs et moins constants.

Parmi les démonomanes, il importe donc de distinguer, comme l'a fait très justement M. H. Dagonet[1], plusieurs genres de malades.

1° *Démonomanie externe.* — Les sujets ont avec le diable des rapports externes. Ce ne sont pas de vrais possédés ; mais, ils voient le diable, ils l'entendent, ils le touchent, ils le sentent ; seulement ils ne le portent pas dans leurs corps; ce sont des hallucinations et des illusions d'une nature spéciale.

2° *Démonomanie interne.* — Les malades sont véritablement possédés, ils sont convaincus qu'ils portent le diable dans leur corps.

Il faut en effet distinguer la possession et l'obsession. Dans la première, le démon s'est emparé complètement de l'individu; dans la second, il ne se livre qu'à des persécutions superficielles.

C'est à la première catégorie de M. Dagonet qu'appartiennent nos persécutés religieux. Ce sont des obsédés.

La distinction au début, entre ces différentes sortes de démonomanes est loin d'être une chose facile; l'observation de l'évolution consécutive est parfois indispensable pour un diagnostic précis. En effet, chez les persécutés, les troubles de la sensibilité générale et viscérale peuvent être assez accentués au début, pour simuler des phénomènes de possession vraie.

Certains de ces malades se plaignent que l'on détruit leurs organes, qu'on leur arrache les os, qu'on leur suce le sang, ou que leurs ennemis sont entrés en possession de leurs cavités viscérales, qu'ils respirent dans leur poitrine, parlent dans leur estomac, etc.

[1] H. Dagonet. — *Traité des maladies mentales*, 1896, p. 237.

Ces conceptions délirantes se rapprochent, on le voit, de celles des mélancoliques chroniques religieux ; elles en diffèrent cependant par certains côtés, en particulier par ce fait que, quel que soit l'acharnement de leurs ennemis, et les dégâts commis dans leur organisme, ces malades trouvent toujours le moyen de s'en défendre ou de les réparer après coup.

La distinction que nous nous attachons à mettre ici en lumière, a été faite, non seulement, par les aliénistes modernes, à l'exemple de M. Dagonet, mais encore par les écrivains religieux.

Dans les vieux traités d'exorcismes on trouve très nettement exposée la distinction entre les *Obsédés* et les *Possédés* vrais.

Fernel, dans l'édition de 1679, donne une série d'observations personnelles d'individus obsédés par le démon, et d'autres véritablement possédés : « Ceci dit, afin qu'on cognoisse, que tantôt les diables entrent dedans nos corps et les brouillent par tourments insolites; tantôt, aussi, ils n'entrent point dedans, mais agitent du dehors, les humeurs du corps [1]. » Dom Calmet (1746), signale de plus les transformations successives de ces divers états dépressifs qu'il dénomme indistinctement hypocondriaques (obsédés et possédés). Les uns (*mélancoliques vrais*) arrivent à se figurer qu'ils sont de terre, de neige, de glace, etc. (idées de négation). Les autres, au contraire (persécutés), deviennent cardinaux, papes, etc. (mégalomanie religieuse). Ils parlent alors et agissent en conséquence [2].

La raison de ces évolutions opposées, avec un point de départ, en apparence commun, réside dans la nature même des deux sortes de délire. Ce point a été développé par MM. Séglas et Besançon dans leur étude sur l'antagonisme des idées délirantes chez les aliénés .

Tandis que le mélancolique démonophobe se regarde d'avance, comme perdu, le persécuté obsédé pense facilement à une défense possible, car il a, en somme, l'instinct de la conservation personnelle plutôt exagéré au contraire. Aussi, reste-t-il toujours le même lorsqu'il délire, et présente-t-il un délire convergent sur lui-même, par suite de l'origine primi-

[1] C.-J. Fernelii. — *Opera*, Genevœ, 1679, l. II, ch. XVI, p. 802, 803.

[2] Cité par M. Doutrebante. — Discussions sur le *Délire chronique*, S. M. P., octobre 1886.

[3] Séglas et Besançon. — *Ann. Méd. Psych.*, janvier 1889.

tive des idées délirantes et des troubles psycho-sensoriels qui les accompagnent.

Ces troubles primitifs de l'idéation s'appuient, souvent, sur des phénomènes sensoriels mais ne représentent, en somme, que l'exagération, la traduction délirante des tendances particulières natives de l'individu. Ces troubles de la sensibilité générale n'entament pas la personnalité et n'en déterminent pas d'emblée, la dissociation, les organes ne se détruisent pas; mais, toujours attaqués, ils résistent toujours.

Les conditions organiques de la personnalité subsistent intactes; il en est de même des conditions affectives; les tendances émotionnelles de ces malades ne changent pas de caractère, elles ne font plutôt que s'accentuer. Si bien qu'en somme, il n'y a pas métamorphose, mais plutôt exagération dans le même sens des tendances personnelles[1].

Chez les mélancoliques, en revanche, il n'y a pas, à proprement parler, d'idée d'attaque et par suite de défense, de résistance. C'est eux-mêmes qu'ils accusent et les troubles psycho-moteurs initiaux montrent que les lésions de la volonté sont primitivement dominantes chez eux, aussi sont-ils vite vaincus et possédés, tandis que les autres, obsédés et persécutés par le démon, se fortifient, au contraire, progressivement dans la résistance.

Comme le dit justement M. Cotard : « Le délire se greffe moins aisément sur les lésions de la volonté, que sur celles de la sensibilité. Cela est évident, puisque les sens externes sont la principale origine de la connaissance, la seule, suivant une célèbre école philosophique. Les lésions de la volonté produisent plutôt une altération de la personnalité qu'une altération de la connaissance. Maine de Biran a insisté avec raison sur le rôle important de l'effort volitionnel dans la constitution du moi.

« Il est évident que la même disposition cérébrale qui nous fait attribuer une origine externe au mouvement centripète des sensations doit nous faire attribuer une origine interne, au mouvement centrifuge des volitions. Cette origine entrevue, le moi se modifie et s'altère par les lésions psycho-motrices, comme le milieu se modifie et s'altère sous l'influence des lésions psycho-sensorielles. »

[1] Séglas. — *Idées de négation*, 21. *Ann. Méd. Psych.*, série 7, t. X, juillet 1889.

Aussi ne doit-on pas être étonné que l'antagonisme des idées ait, chez les mélancoliques possédés, des conséquences tout autres que chez les persécutés religieux, entraînant d'emblée, chez eux des lésions, du dédoublement de la personnalité.

C'est un point très délicat, car il faut bien distinguer le vrai dédoublement de la personnalité qui se produit chez le mélancolique possédé par deux puissances contraires et déjà même, atteint dans sa personnalité, déjà dédoublé, lorsqu'il n'est possédé que par une seule. Ce dédoublement subjectif des vrais possédés, est bien différent du dédoublement apparent, objectif des persécutés mystiques, à hallucinations dialoguées, ou idées de sens contraire. Chez ces derniers, qu'ils n'aient que des ennemis, ou qu'ils aient aussi des défenseurs, tout se passe de la même façon, en dehors d'eux, dans le monde extérieur. Ils assistent, toujours identiques à eux-mêmes, à un combat qui se passe hors d'eux-mêmes, et présentent seulement, avec des troubles sensoriels différents, de nouvelles altérations parallèles de la connaissance.

S'il y a dédoublement à cette période, il porte sur le monde extérieur, mais la personnalité n'est ni anéantie ni diminuée. On peut même dire que ce dédoublement n'est alors qu'apparent, car tout en se plaignant d'entendre leur pensée volée, formulée par le diable, ces malades reconnaissent complètement qu'elle est toujours *leur*. Ce n'est, en somme, qu'une variété d'hallucinations auditives, dialoguées, un écho de la pensée.

Les hallucinations psycho-sensorielles si importantes dans ces formes offrent quelques caractères qui les différencient de celles des persécutés ordinaires non religieux. Samt[1], dans son travail sur l'application des méthodes naturelles à l'étude de la psychiatrie, signale comme particularités de son délire religieux à forme exaltée la prédominance d'hallucinations visuelles aux dépens des troubles auditifs prédominant au contraire dans les autres formes de délires systématisés primitifs.

« Ces individus, écrit Calmeil[2], ont, comme ils le disent, reçu des inspirations divines, ils se voient appelés à réformer une religion universelle, à donner des leçons de civilisation

[1] Samt. — *Die Naturwissens f. Methode in Psychiat.*, Berlin, 1874, p. 38-42.

[2] Calmeil. — *De la Folie*, t. I, p. 37-82.

aux divers souverains de l'Univers ; ils se disent des envoyés de Dieu, de grands prophètes, ont la prétention d'être invulnérables, immortels, d'être assez puissants pour ressusciter les morts, pour lancer l'ire de Dieu sur la terre, pour hâter la fin du monde, etc., etc.

« Ils aperçoivent, dans la lune et dans le soleil, des taches, des nuages, des emblèmes, dont ils s'évertuent à donner l'explication ; *ils se trouvent face à face avec des anges resplendissants de clarté* ; ils écrivent des codes de morale, des évangiles, sous la dictée du Saint-Esprit, ou des fils de Dieu, s'enivrent de l'harmonie céleste, de senteurs qui n'ont rien de commun avec les odeurs terrestres,..... enfin, le *firmament s'ouvre devant leurs yeux ébahis, ils contemplent à loisir le trône du créateur et la splendeur des chérubins et du Paradis;.... ils voient des météores enflammés, des êtres mystérieux, des animaux emblématiques*, etc., accompagnés d'éclairs, de tonnerre et d'éclats de trompettes.....

« Beaucoup de *ces visionnaires*, dit encore Calmeil, *s'étonnent de n'avoir jamais entendu proférer une seule parole aux êtres mystérieux qui leur apparaissent* et qui se contentent, disent-ils, de leur exprimer leurs intentions, leur volonté par un langage muet. »

C'est qu'en effet chez nos mystiques l'éréthisme des centres cortico-optiques, semble l'emporter sur celui du centre auditif. Or, chez les persécutés types, l'hallucination visuelle est bien plus rare que celle de l'ouïe, aussi Lasègue niait-il qu'on pût la rencontrer autrement qu'à titre exceptionnel, symptomatique, par exemple, d'alcoolisme surajouté [1].

On verra par ce qui suit combien les hallucinations visuelles, que nous avons en vue, diffèrent de celles de l'alcoolisme, avec lesquelles elles ne pourraient être que difficilement confondues. Les visions des mystiques sont, d'ailleurs, de deux ordres : *terrifiantes* ou *consolantes* ; répondant au double courant antagoniste d'attaque et de défense ; les premières consistent en apparitions diaboliques où les malades voient Satan sous des formes diverses, ou bien des spectres et des revenants. Ces spectacles lugubres sont d'ailleurs communs aux démonomanes persécutés et aux mélancoliques possédés ; ils sont généralement combinés à des interprétations délirantes multiples, mais portant surtout encore sur des illusions visuelles.

[1] Legrand du Saulle et J. Falvet ont développé la même idée.

L'un de nos malades assistant à un orage voit dans les jeux de lumière et dans les nuées sombres, opposées, la lutte de Satan contre Dieu et publie sur ce sujet un poème de 300 vers. Un autre, cité par Sémerie[1], voit un chat et comprend que c'est le Diable.

CHANT MIRACULEUX

Vision d'un Démon sous la forme d'un chat.

Sous la forme d'un chat gris, aux lunes verdâtres,
Et dont le Christ m'a dit : « Voilà la vision
« Que tu m'as demandée en tes rêves folâtres. »
Sans nul doute, j'ai vu l'esprit le plus félon !
Un instant, tout tremblant, j'ai regardé le traître,
Qui, devant moi, courbé restait tranquillement.
Puis, je l'ai vu sans bruit s'enfuir par la fenêtre.
Le Christ me soutenait en ce crucifiement !!!

Le tableau légendaire de la tentation de saint Antoine et les représentations mystiques souvent renouvelées de ses visions offrent un exemple frappant et typique de ce genre de phénomènes hallucinatoires. Ces troubles manifestes dans la sphère visuelle n'excluent point constamment ceux des autres sphères, en particulier ceux de la sphère auditive, mais ces derniers semblent presque toujours rester au second plan, élémentaires souvent et comme accessoires. De ce nombre sont les interprétations sinistres données à certains bruits, tels que les aboiements nocturnes des chiens, les cris lugubres des hiboux, coïncidant avec des visions sataniques.

Suivant les divagations communes aux anciens démonolâtres, le diable sentait le roussi, le soufre (hallucinations olfactives). Il emportait à travers les airs ceux qu'il avait ensorcelés, après les avoir métamorphosés en bouc ou autre animal (hallucinations de la sensibilité générale). Il leur faisait manger des mets diaboliques au sabbat (gustation) et s'accouplait avec eux en incubes et succubes (sensibilité génitale).

Comme les précédentes, les hallucinations consolantes antagonistes paraissent prédominer dans la sphère visuelle. Ce sont, le plus souvent, des visions radieuses et resplendissantes de lumière ; les personnages en sont généralement immobiles ; quelquefois aussi c'est la figure d'un tableau, ou une statue

[1] Sémerie. — Th. Paris, 1867, p. 35.

longtemps contemplée antérieurement, ou seulement un personnage d'image pieuse; leur attitude fixe, l'expression de la physionomie, un simple geste parfois permettent au malade de comprendre la signification et le but de l'apparition. La révélation peut aussi être rendue plus explicite par la vision de mots écrits, à l'exemple du Mané, Thekel, Pharès de Balthazar. Généralement, les phénomènes se combinent, le personnage apparaît tenant, par exemple, en mains des tables où se lit une inscription. Ici encore, l'hallucination visuelle principale s'accompagne toutefois d'hallucinations accessoires autres. C'est ainsi que certains visionnaires croient entendre un accompagnement de musique séraphique, en même temps qu'ils perçoivent des odeurs d'encens et de myrrhe. C'est aussi au cours de leurs contemplations que les illuminés, ravis d'extase par l'apparition radieuse, s'imaginent être enlevés de terre et transportés par lévitation au sein de la divinité. C'est là un trouble de la sensibilité générale analogue à celui du transport au sabbat des démonopathes. On peut même observer, au cours de ces phénomènes extatiques, des troubles de la sphère génitale pouvant aller jusqu'à l'orgasme vénérien. Il n'est pas jusqu'à la sensibilité gustative qui ne puisse participer à ces désordres, comme ces mystiques qui croient savourer dans leur extase la manne céleste. Les auteurs religieux ont décrit ces goûts et odeurs mystiques qui accompagnent les visions et révélations de l'extase [1].

« Enfin, dit Calmeil, ces monomaniaques arrivent à tomber dans une abstraction d'eux-mêmes telle qu'ils n'ont plus la conscience de ce qui se passe dans leur intellect. Ils croient, en s'écoutant parler, n'être pas moins passifs que s'ils étaient dépourvus de tête (hallucinations motrices).

« Ils offrent cependant cette particularité que, constamment, leurs idées se rapportent à l'objet principal de leur délire (à la différence des conceptions des mélancoliques chroniques contrastant avec le caractère et les idées habituelles

[1] *Odeur spirituelle.* — C'est lorsque Dieu fait sentir une odeur d'une suavité ineffable, soit que cette suavité soit infuse dans l'intérieur de l'âme, ou dans l'imagination, ou dans l'odorat du corps qui est pénétré de parfums et d'odeurs très agréables.

Goût spirituel. — Il consiste dans une très douce expérience que l'âme fait de la bonté divine; le corps goûte aussi quelquefois des saveurs très douces [1].

[1] *Lettres spirituelles sur l'oraison.*

auxquels elles s'opposent). Ces malades répètent les oracles d'une voix intérieure qui n'est autre que l'inspiration immédiate du délire. »

Ils peuvent, par une sorte d'extériorisation, objectiver cette articulation inconsciente hors d'eux-mêmes et attribuer leurs propres paroles à leurs visions ou aux êtres réels qui les entourent.

« Une ancienne religieuse croyait que ses chats parlaient plusieurs langues. Elle montra à Calmeil l'un d'eux qui récitait parfaitement, disait-elle, les prières latines qu'elle prononçait elle-même continuellement[1]. » Le fidèle compagnon de saint Antoine était doué de la même faculté, l'âne de Balaam également[2].

3e *période*. (Théomanie.) — Au début, les hallucinations effrayantes de l'obsession démoniaque prédominent; mais avec le temps les hallucinations consolantes antagonistes se multiplient jusqu'à ce qu'elles l'emportent et que les extases réitérées pour ainsi dire à volonté donnent au malade la conviction qu'il est en communication suivie avec sa divinité tutélaire, avec son Sauveur. C'est alors qu'apparaissent généralement les phénomènes psycho-moteurs secondaires, constituant une sorte de possession théomaniaque dont nous allons étudier les caractères. Ces phénomènes psycho-moteurs diffèrent donc essentiellement par leur mode d'apparition des phénomènes analogues primitifs des mélancolies religieuses. Ils sont consécutifs aux phénomènes psycho-sensoriels et on peut leur appliquer la théorie de M. Paul Garnier : l'hallucination (psychomotrice dans l'espèce) surgit alors en vertu d'une sollicitation provoquée par le travail syllogistique sous-jacent, ayant progressivement préparé le malade à une interprétation vers laquelle tout son être moral est tendu[3].

Cette mégalomanie diffère également de la pseudo-mégalomanie des mélancoliques chroniques parvenus à la phase que Cotard a désignée sous le nom de délire d'énormités pour la distinguer du vrai délire des grandeurs. Les pseudo-mégalomanes ne sont pas seulement infinis dans le temps mais aussi dans

[1] Calmeil. — *De la Folie*, t. I.

[2] La zoophilie et la foi aux métempsychoses découlent naturellement de l'objectivation de l'articulation mentale qui fait attribuer aux bêtes un langage humain.

[3] P. Garnier. — *De la Mégalomanie*, th. de Paris.

l'espace, ils n'étaient rien, ils en arrivent à être tout, Dieu et le diable en même temps ; mais loin que cette énormité soit une compensation au délire mélancolique elle en marque au contraire le degré le plus excessif... et reste toujours empreinte de sa teinte caractéristique. La couleur du délire et l'histoire de l'affection rendent donc la confusion presque impossible. Enfin, la théomanie qui nous occupe diffère aussi de la mégalomanie de certaines formes modernes, où le malade arrive à se croire Dieu mais par une série de déductions délirantes sans phénomènes psycho-moteurs sous-jacents. Il y a entre ces deux sortes de théomanes une différence analogue à celle qui sépare le religieux croyant du métaphysicien déiste [1].

On le voit donc, le moi, en se dédoublant tardivement ici, laisse l'individualité première non amoindrie, au contraire, la personnalité surajoutée ne survenant que tard, se greffe sur une mentalité antérieurement exagérée par un long éréthisme sensoriel ; enfin, au lieu d'être en opposition les deux éléments réalisent des tendances convergentes. Ce dédoublement est donc la conséquence de l'hyperthophie du moi, au lieu d'être la cause de sa désagrégation. Aussi, les phénomènes psycho-moteurs se mettent-ils d'accord avec les troubles sensoriels prédominants en dernier *lieu* (visions consolantes) et la couleur nouvelle des idées délirantes (théomanie).

Tantôt ces malades conservent la notion de leur unité psychique et se croient les intermédiaires entre la divinité et le genre humain ; ce sont les papes, les messagers de Dieu, ses représentants, ses secrétaires, il leur dicte ses volontés (hallucinations de l'ouïe et motrices combinées) et ils les répètent. Tantôt ils sont directement *inspirés* et croient à une sorte d'incarnation en eux, de possession divine, comme on l'a dit (hallucinations motrices seules). Dans l'un et l'autre cas, il s'établit une sorte de dialogue entre le patient, représenté par

[1] Un malade que nous observons (voir *Traité des maladies mentales*, P. Ball, éd. 1891) offre un exemple très net de ce genre de théomanie. Il n'est d'ailleurs pas passé par la phase de démonopathie qui est pour ainsi dire de règle dans les délires religieux vrais. Ce n'est que parvenu à la mégalomanie, lorsqu'il a ajouté à ses titres celui de « Dieu tout-puissant de l'univers infini », qu'il a décoré son ancien persécuteur du nom de démon, c'est une sorte de démonopathie rétrospective. Signalons comme trait d'union entre ce cas et ceux qui nous occupent l'altération du langage parlé et de l'écriture avec conservation parallèle du langage normal. (Voir Marie. *Etude sur quelques symptômes des délires systématisés*, obs. I.)

son lobe frontal, et le mystérieux interlocuteur cantonné dans le cerveau moteur.

Le premier pose des questions auxquelles le second, consulté, répond automatiquement. Un dynamisme psycho-moteur est réalisé, conscient, mais involontaire chez les uns, inconscient et involontaire chez les seconds (inspirés).

Les Jansénistes théomanes entendaient dicter les termes de leurs discours, soit *intérieurement*, soit *au dehors de l'oreille*, Montgeron a noté qu'ils n'étaient pas tous contraints de répéter tout haut ce qu'ils s'entendaient dire par l'esprit qui leur adressait la parole. Ceux qui, en improvisant, croyaient obéir tout simplement à l'impulsion du souffle divin, méconnaissant jusqu'à leurs propres idées, différaient à peine de ceux qui s'imaginaient parler sous la dictée d'autrui. C'étaient les mêmes idées à eux, méconnues par eux et perçues par eux, que débitaient tout haut, ces improvisateurs hallucinés. Le même malade peut, d'ailleurs, passer de l'un à l'autre de ces états, parlant automatiquement, tantôt à son insu, tantôt consciemment.

« Il leur arrive quelquefois, dit Montgeron, que dans la durée du même discours, les théomanes éprouvent successivement trois différentes manières d'être conduits dans ce qu'ils doivent dire. Ils commencent, par exemple, un discours dans la seule vue de faire part, aux personnes présentes, des idées qui viennent de les saisir d'une manière qu'ils sentent être surnaturelle ; mais après avoir exprimé pendant quelques moments ces idées le mieux qu'ils ont pu, en cherchant les termes dans leur esprit, tout à coup, *les expressions leur sont dictées intérieurement*, pendant quelque temps ; après quoi ils se voient derechef abandonnés à leur génie, et peu après ils s'étonnent de sentir que leur bouche parle sans consulter leur volonté, ni leur intelligence ; ce qui ne dure ordinairement qu'un temps assez court ; ensuite de quoi ils sont encore quelquefois rendus à eux-mêmes, pour exprimer le surplus des pensées qui leur ont été données [1].

« Le dynamisme, dit Cotard, est d'abord limité aux sphères de l'automatisme ; alors les éléments liés aux images sensibles ou abstraites réalisent pour le malade les êtres, les personnalités ayant une vie propre dans son cerveau comme son

[1] Carré de Montgeron, t. II. — Calmeil, *De la Folie*, 2e vol., p. 354.

moi, mais en dehors de lui. Plus tard le dynamisme gagne la sphère du moi lui-même, c'est alors que se produit la mégalomanie. L'hyperkinésie *automatique* était extériorisée, l'hyperkinésie devenant *volitionnelle*, fait que le *moi* s'attribue la toute puissance. Souvent, d'ailleurs, il y a confusion entre le *moi* et le *non moi*,

« Les inspirés, les mystiques, les prophètes, les messies. en communication directe avec Dieu, par la convergence de de la volition et de l'automatisme, en arrivent très ordinairement, à se croire eux-mêmes Dieu [1]. »

La nature exacte de tous ces phénomènes est loin d'être facile à expliquer. La confusion est fréquente avec les hallucinations auditives, car les malades désignent ces phénomènes d'articulation mentale, sous le nom de *voix*, tout comme les hallucinations de l'ouïe. On peut obtenir parfois d'eux, des explications suffisantes, les malades spécifient qu'ils n'entendent pas les réponses à leurs questions, dans l'oreille; ou bien s'ils les entendent, ils les sentent monter de l'épigastre, du ventre, ou du larynx, où ils localisent souvent la présence de l'être surnaturel. Dans ces cas, on peut parfois observer des mouvements faibles de la langue et des lèvres, qui lèvent tous les doutes.

Il semble à ces malades qu'on leur parle en pensée; ils croient converser d'âme à âme, avec des interlocuteurs invisibles, ils n'entendent que des voix secrètes, intérieures, qui ne font pas de bruit, il y a dans leur esprit comme deux sortes de pensées, les unes qu'ils savent leur appartenir, les autres, au contraire, qu'ils attribuent à d'autres. Si on observe à leur insu ces malades, au milieu de leurs monologues, on remarque qu'ils remuent souvent les lèvres en ayant l'air d'écouter et qu'ils répondent ensuite; ils font ainsi les demandes et les réponses, mais les unes sont prononcées à haute voix et les autres murmurées à voix basse.

« Il arrive parfois que les choses vont plus loin et que les demandes et les réponses, comme cela a quelquefois lieu dans les rêves, sont faites assez haut pour que l'on puisse entendre les unes et les autres. J'ai remarqué que dans des cas de ce genre, les aliénés affectent deux voix différentes : l'une est la voix ordinaire, l'autre une sorte de voix gutturale qui rend

[1] Cotard. — *Origine psycho-motrice du délire*, Congrès de 1889, 6 août.

très difficiles à entendre les mots prononcés de cette façon. Cette seconde voix devient d'autant plus sonore et plus claire que le malade est plus surexcité[1]. »

Inversement le phénomène peut être assez atténué pour qu'il ne soit pas saisi par l'observateur, ni même par le malade qui, inconscient de ses propres mouvements imperceptibles d'articulation, parle alors de voix *épigastrique* ou *pharyngienne*.

M. Janet, après avoir remarqué que chez ces sortes de malades il y a comme deux personnalités, dit qu'elles vivent d'ordinaire en assez bon accord et ne se persécutent pas réciproquement (à la différence du dédoublement des mélancoliques). Les malades sont même assez fiers de ce détraquement et se plaisent à consulter sur toutes les circonstances de la vie la petite affaire qu'ils croient avoir au cœur et à l'estomac et qui leur donne de bons conseils (Deluze)... Ils ont des colloques amicaux avec une surintelligence qui parle par leur propre bouche (Bertrand). Une malade du Dr Despine ne fait rien sans consulter intérieurement un bon génie auquel elle se sent forcée d'obéir. Une malade de Charpignon ne peut répondre sans dire : « je vais consulter l'autre... c'est l'ange chargé de m'éclairer et de me garder, etc. »

Mais, comme le dit encore M. Baillarger[2], quand nous prononçons mentalement des paroles, ce n'est pas à l'intérieur du crâne, mais bien au pharynx, qu'elles semblent être prononcées. Nous faisons alors involontairement une sorte d'effort comme celui qui a lieu lorsqu'on parle à haute voix. Si l'effort est plus grand, ce n'est plus du pharynx, mais de la poitrine et même du ventre que les paroles paraissent sortir. Il y a dans ce cas comme un commencement de ventriloquie sans émission de son ou avec un son si faible qu'il n'est perçu que par le malade.

« Si on admet que l'halluciné prononce réellement des paroles la bouche fermée comme le font les ventriloques ; enfin, si on se rappelle que le malade a perdu la conscience que tout cela vient de lui, peut-être concevra-t-on jusqu'à un certain point ce phénomène en apparence si étrange de voix *épigastriques*. »

[1] Baillarger. — *Automatisme psychique et mémoire sur les hallucinations*.

[2] Baillarger. — T. I, p. 310 et 311.

On peut rapprocher de ce qui précède les lignes suivantes de Calmeil[1]. « L'individu (le théomane), entend souvent l'esprit de Dieu parler dans sa poitrine et il improvise avec plus ou moins de chaleur. Quelquefois l'improvisation a lieu dans une langue que personne n'a le don d'entendre... Tous ces accidents semblent confirmer de plus en plus aux yeux des théomanes leur don de prophétie, l'importance de leur mission ou de la grâce dont ils sont devenus possesseurs. »

« L'illuminé, dit également Moreau (de Tours), se sent identifié à la Divinité et il le dit. Mais ce n'est pas une prétention de sa part, ce n'est même pas l'énoncé d'une opinion intime, d'une conviction : c'est, tout simplement, l'affirmation d'un fait intérieur, la révélation de ce qui se passe au fond de sa conscience. A ce fait intérieur, se rattachent toutes ses pensées, toutes ses opinions, comme à un guide qui ne saurait l'induire en erreur, puisque ce guide est Dieu lui-même [2]. »

Chez ces malades, la pensée se confond tellement avec celle d'autrui, qu'elle semble ne plus leur appartenir; ce qu'ils pensent, comme ce qu'ils écrivent, leurs paroles leurs actions, même, ils rapportent tout à l'être dont ils subissent l'influence et qui s'est identifié à eux. Un malade de J. Moreau (de Tours)[3] parlait tout haut et prétendait ensuite que c'était une voix qu'il entendait. Si on lui tenait les lèvres fermées, il « entendait encore la voix, et on sentait très distinctement les lèvres remuer sous les doigts. « On influence ma pensée, dit un autre malade du même auteur, on me fait parler malgré moi. »

« L'explication de ces phénomènes de l'illuminisme, se trouve, écrit M. Caro, *dans une théorie complète du sommeil et du rêve*. Tous les systèmes mystiques ne sont-ils pas, plus ou moins, *des songes éveillés ?* Le mysticisme n'est-il pas le rêve éternel de l'orgueil, ou de l'amour qui aspirent à faire de l'homme un Dieu [4]. Esquirol avait dit de même : « Le malade rêve tout éveillé, il donne un corps aux produits de son entendement [5]. »

Dès la période intermédiaire où les deux courants délirants

[1] Calmeil. — T. I, p. 83, lig. 19.

[2] Moreau de Tours. — *Psych. morbide*, p. 237.

[3] J. Moreau de Tours. — *Du Hachisch et de l'aliénation mentale*, Paris, 1845, p. 354.

[4] J. Moreau de Tours. — *Psych. morbide*, p. 228, 239.

[5] Esquirol. — *Loc. cit.*, p. 192.

contraires se contre-balancent en quelque sorte, les troubles psycho-moteurs peuvent apparaître. On peut alors observer la coexistence ou l'alternative, la possession complète par le démon, puis par le bon esprit, les idées de grandeurs naissantes alternant avec les idées de persécution primitives.

Schuele a signalé des cas de ce genre (p. 153). Nous rappellerons à ce sujet une observation de M. le Dr Baratou, citée par MM. Séglas et Besançon (p. 25). La malade sent en elle deux esprits. Un bon qui lui veut du bien, un mauvais qui lui veut du mal..... leurs voix parlent dans sa tête..... elle se rend bien compte que ce n'est pas quelqu'un qui lui parle à l'oreille. Ces deux esprits contraires qui la possèdent tour à tour la font agir malgré elle..... Quand elle est en possession du mauvais esprit, elle pleure, se récrie, résiste, mais malgré elle est forçée d'agir suivant la volonté de l'esprit. Un obsédé cité par J. Bodin [1] était aussi hanté par des esprits qui dirigeaient toutes ses actions. Tantôt, il sentait un contact à son oreille dextre, « alors il faisait le mal, » « au contraire, se sentait-il conduit par « l'oreille sénestre », il faisait le bien.

Le diagnostic de ces cas avec les formes périodiquement alternantes des psychoses non progressives est très difficile. M. Ritti [2] rapporte des exemples de la dernière catégorie. — Une de ces observations empruntée à Morel en imposerait facilement à première vue, pour un délire religieux à systématisation primitive et progressive. Le diagnostic n'est pas moins délicat entre la forme qui nous occupe et les cas de vésanies combinées tels que ceux rapportés par M. Séglas [3]. Nous ajouterons à ce qui précède le résumé succinct de quelques faits cliniques, que nous ferons suivre d'observations empruntées aux auteurs et de citations des anciens historiographes.

« C'est chez les monomanes religieux, dit Baillarger, qu'il faut chercher les hallucinations de la vue les plus compliquées. Chez eux l'imagination déploie, pour ainsi dire, toutes ses richesses et enfante les plus merveilleux tableaux.

« Une femme de la Salpêtrière voit tout à coup descendre du

[1] J. Bodin. — *Démonomanie des sorciers*, l. I, ch. II.

[2] M. Ritti. — *Traité de la folie à double forme*, 1883, obs. XVII, XIX, XXX, XXXI.

[3] Séglas. — *An. Méd. Psych.* janv. 1888, et Dericq, th. Paris, *De la coexistence de plusieurs délires*, obs. XIII, 1886.

ciel un vaisseau lumineux, où Dieu lui apparaît entouré de toute la cour céleste.

« Un autre monomane religieux, qui a déjà eu plusieurs accès pour lesquels il a été conduit à Bicêtre, éprouve pendant sa maladie les visions les plus compliquées, il voit les générations futures passer successivement sous ses yeux et se dérouler devant lui, les plus magnifiques tableaux. » (*Histoire d'un fou guéri deux fois par les médecins et une fois sans eux.*)

Un malade de Lélut entendait depuis longtemps des paroles très distinctes à l'épigastre, paroles très différentes « de celles que l'on perçoit par l'oreille, et bien faciles à distinguer de ces dernières ». Ce malade entendit ainsi, une nuit, la voix de Dieu partant d'un disque de lumière. La vision dura trois quarts d'heure. (Lelut. *Démon de Socrate*, p. 280. — Baillarger, p. 387.)

Un malade, que nous avons cité avec M. Vallon au Congrès de Nancy, est un délirant systématique mystique halluciné de l'ouïe à la suite d'un coup de revolver à la tempe, tentative de suicide commise pendant la période d'inquiétude.

Il entend un ennemi différent logé dans chacune de ses oreilles, mais il perçoit alternativement chacun d'eux des deux oreilles à la fois.

Parvenu à la deuxième phase de son évolution, il contemple des visions consolantes divines; elles sont rapides, peu fréquentes et toujours les mêmes, Dieu, la Vierge, radieuses, immobiles et muettes, en un mot totalement différentes des visions de l'alcoolique, et, en quelque sorte, exclusives des hallucinations auditives avec lesquelles elles alternent.

Jamais les visions n'articulent un mot et on ne peut voir les ennemis qui parlent. Il semble y avoir irradiation et alternance entre les deux éréthismes visuel et auditif, le premier tendant à se substituer au deuxième à mesure que les idées théomaniaques d'inspiration divine se confirment (mégalomanie).

Désormais Dieu l'*inspire* sans lui parler, et il écrit des avertissements à différents personnages, les avisant de catastrophes imminentes si on ne l'écoute pas. Ces écrits sont émaillés de signes hébraïques (le malade est israélite).

(*A suivre.*)

ASILES D'ALIÉNÉS.

DE L'HOSPITALISATION DES ALIÉNÉS, DES ÉPILEPTIQUES ET DES IDIOTS, DANS LE DÉPARTEMENT DE LOIR-ET-CHER;

Par le Dr DOUTREBENTE.

PREMIÈRE PARTIE, 1795-1827

Un travail d'ensemble sur le service des aliénés a été publié en 1874 par les Inspecteurs généraux, MM. Constans, Lunier et Dumesnil ; on y trouve des renseignements aussi nombreux que précis sur la condition des aliénés en France, à cette époque, et un aperçu historique sur la connaissance et l'évolution des maladies mentales, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

L'histoire locale, il ne pouvait en être autrement, a été simplement ébauchée pour chaque département; le Loir-et-Cher n'a pas été mieux partagé que les autres départements, car, pour la période qui a précédé l'organisation de l'asile actuel, on lui avait accordé les cinq lignes suivantes : « Avant 1827, les aliénés de Loir-et-Cher étaient placés dans la maison de réclusion de Blois. Le 27 décembre 1827, ils furent transférés au nombre de 22 dans les bâtiments du bureau de bienfaisance, et, le 6 avril 1846, dans l'asile construit par le département. »

Nous avons pensé qu'il y avait là une lacune à combler dans l'histoire locale et qu'il était utile de grouper tous les documents dispersés soit aux archives départementales, au bureau de bienfaisance, soit à l'asile départemental ou à la maison d'arrêt et tous les renseignements inédits que le hasard nous a parfois fait découvrir et ceux provenant de collaborateurs aussi distingués que généreux, tels que MM. le Dr Dufay, Louis Belton, avocat à Blois ; Bourgeois, archiviste de Loir-et-Cher et son suppléant, M. Jacques Soyer, aujourd'hui à

Bourges et enfin l'infatigable et toujours amoureux d'histoire locale, le céramiste A. Thibault, de la Chaussée-Saint-Victor.

Au commencement du siècle et jusqu'en 1825, l'hospitalisation fut toujours provisoire, informe et absolument insuffisante; elle consistait en quelques mesures de police alors que, déjà à Paris et en province, des installations spéciales aux aliénés apparaissaient sous l'influence de la généreuse impulsion provoquée par Pinel, en 1792. Les aliénés étaient libres, ou en cas de danger imminent, enfermés à la prison de Blois, considérée comme un dépôt de sûreté, et à titre provisoire, en vertu de l'article 3 de la loi de sûreté générale du 24 août 1790. Il est toutefois certain qu'un essai d'hospitalisation a été tenté dans l'ancien couvent des Capucins de Blois[1]; on y donna asile aux *aliénés* et aux *incurables*, à partir de 1795, à titre provisoire, c'était une maison dite de réclusion. Les aliénés et les incurables remplacèrent aux Capucins « les prêtres non assermentés trop âgés pour être déportés ».

La preuve du séjour des aliénés et des incurables au couvent des Capucins nous a été démontrée par M. Louis Belton, qui nous a fourni l'extrait suivant des registres de la municipalité de Blois : « Le 28 fructidor an VIII, la municipalité de Blois décrète le transfert à la maison des Capucins, *dite de réclusion*, d'un aliéné furieux déjà détenu à la maison d'arrêt, sur la plainte du sieur Fourbet, concierge, et après procédure faite par le juge de paix, *pour l'aliéné y recevoir tous les secours que son état exige et que l'humanité réclame en sa faveur*. » Cette philanthropique conclusion démontre que dans l'ancien couvent des Capucins, les aliénés étaient mieux installés, mieux soignés et dans de meilleures conditions qu'à la maison d'arrêt ; ils ne devaient pas y rester bien longtemps, car en 1806 le domaine fit abandon à la ville de Blois de l'immeuble et des terrains pour l'installation du *nouveau cimetière*, devenu déjà pour nous, l'ancien, dont il ne restera plus trace dans quelques années.

M. Bourgeois, archiviste de Loir-et-Cher, a bien voulu nous faire l'abandon des notes suivantes que nous reproduisons *in extenso*, car elles renseigneront le lecteur sur une période encore bien inconnue, quoiqu'elle date d'hier :

[1] Le couvent des Capucins était situé dans l'espace compris entre la butte, la gare, l'usine Poulain, la banque de France. La route de Blois à Herbault modifiée en 1891-92 le traverse.

Un des premiers soucis des administrations locales de la Révolution fut l'organisation de l'assistance publique.

Il y avait tout à faire, l'administration révolutionnaire ne pouvait suivre et copier l'administration royale. En effet, sollicité dès le 12 novembre 1791 au sujet d'une fille épileptique, le Directoire répond qu'il lui est impossible de la placer faute d'établissement spécial, qu'il y aurait danger à la faire entrer dans un des autres hôpitaux et qu'il faut attendre que le projet d'une maison d'incurables (c'est ainsi que l'on désigne fréquemment les futurs asiles) soit exécuté.

Le principe de spécialisation est invariable; car le 14 avril 1792, deux enfants placés à l'hôpital général sont rendus à leurs parents sur le rapport de l'administrateur, parce qu'ils tombent du mal caduc, avec un secours de 7 fr. par mois.

Ce système de secours représentatif en argent dont il a été beaucoup parlé au Congrès des aliénistes de Blois, devint du reste la règle, en ce qui concerne les épileptiques; jusqu'à l'an II on vise bien encore dans l'attribution de ces secours l'absence d'établissement; mais même après l'organisation d'une maison de réclusion, l'administration départementale persiste, avec sagesse, à traiter différemment des aliénés, les épileptiques non aliénés. La règle des secours représentatifs était, dans ce cas, si bien établie que les administrations subalternes croyaient à un fonds spécial et que la municipalité de Montrichard, le 22 ventôse an III, demandait sa part « aux fonds destinés au soulagement des épileptiques » pour trois de ses concitoyens et que le Directoire était obligé de rectifier cette information, donnée pourtant par le représentant du peuple Laurenceau, et d'inviter la municipalité à porter simplement ses trois épileptiques au tableau des citoyens ayant droit à la bienfaisance nationale.

Il n'était pas possible d'user du même procédé avec les aliénés proprement dits. Conformément aux anciennes habitudes, on les plaça d'abord dans les prisons et un rapport du district sur l'état des prisons de Blois signale le mélange des fous et des criminels. Plus tard, lorsqu'il fut organisé une maison de détention pour les prêtres réfractaires, aux Carmélites, on plaça les aliénés dans ce nouvel établissement. Mais, à la date du 25 thermidor an III, la commune de Blois se plaignit que la présence de deux fous incommodait et troublait le repos des autres détenus. Et le 11 fructidor an III, le directoire du département arrêta qu'à la diligence du directoire du district et du procureur-syndic il serait fait dans la ci-devant maison des Capucins de Blois une visite à l'effet de constater quel est le local de ladite maison qui est le plus susceptible de fournir un logement pour les individus attaqués de folie et quelles sont les réparations ou constructions qui seraient nécessaires pour mettre ce local en état de remplir ce genre de destination et d'évaluer le coût des réparations et constructions.

L'aménagement ne tarda pas, car à la date du 4 nivôse an IV, moins de six mois après, nous voyons le gardien de la maison de réclusion des ci-devant capucins demander une augmentation de traitement, vu le renchérissement des denrées. A partir de ce moment, on trouve de nombreuses demandes ou arrêtés de placement : ce sont des épileptiques incendiaires, c'est le fils d'un notaire de Montrichard dont le père ne veut pas prononcer le terrible mot de folie ou aliénation et parle de maladie incurable; c'est un garçon de Paris, sourd-muet, épileptique, fou dangereux et troublant la tranquillité des habitants.

Cependant j'ai lieu de croire que pendant un an environ jusqu'au mois de nivôse an V, il n'y eut là qu'une sorte d'installation provisoire. Peut-être ne préparait-on une cellule qu'à chaque entrée ; peut-être les Capucins n'étaient-ils encore qu'un lieu de dépôt non encore aménagé et approprié ; peut-être les locaux préparés étaient-ils devenus insuffisants ; car c'est le 23 nivôse an V seulement que l'Administration centrale du département reçoit les plans et devis dressés par l'ingénieur ordinaire pour l'établissement de loges dans le cloître des Capucins pour y transférer les fous provisoirement déposés dans la maison de détention des Carmélites.

23 *nivôse an V*. — « Vu le plan et devis des ouvrages ou constructions de loges dans le cloître de la maison des ci-devants capucins de cette commune servant de maison de réclusion, dressé le 4 nivôse dernier par le citoyen Gendrier, ingénieur ordinaire à Blois, sur la réquisition de l'Administration municipale de cette commune, la soumission du citoyen Guillon, entrepreneur de travaux publics sous la date du 6 du même mois portant assignation de faire lesdits ouvrages aux prix qui seront réglés par ledit ingénieur sur les mémoires qui lui en seront présentés et enfin une lettre de l'Administration municipale de Blois du 7 dudit mois qui en transmettant les dits plans, devis et soumissions, invite l'Administration centrale à charger le dit citoyen Guillon seul soumissionnaire des ouvrages dont il s'agit ;

« Vu la nécessité indispensable de construire différentes loges pour renfermer les fous qui sont provisoirement déposés dans la maison de détention des ci-devant Carmélites où ils ne doivent pas rester sans compromettre la santé des détenus de cette maison ;

« Considérant qu'il est urgent et que l'humanité commande de procurer à ces infortunés une détention sûre et salubre, qu'à cet effet, il doit être mis en usage, les moyens les plus prompts pour y parvenir ;

« Considérant enfin que conformément aux dispositions de la lettre du ministre de l'Intérieur, du 8 ventôse an IV, concernant l'adjudication des travaux des routes, ceux dont il s'agit peuvent se faire en vertu de soumissions ;

« L'administration arrête : que les loges à construire dans la maison de réclusion de cette commune conformément aux plans et devis du c. Gendier, ingénieur ordinaire, le seront par le c. Guillon en vertu de la soumission précitée et que ces ouvrages seront payés sur le mémoire qu'il en fournira, préalablement réglé par ledit ingénieur, qu'à cet effet il sera demandé au ministre de l'Intérieur d'ouvrir un crédit à cette administration pour le montant desdits ouvrages. »

A partir de cette date les arrêtés de placement se multiplient; c'est un malheureux maniaque dont les accès sont tels qu'il casse les cordes dont on prétend le lier, détériore les murs des locaux où on le renferme et insulte les femmes ou les enfants après lesquels il court dans un moment de liberté; ce sont encore de malheureuses épileptiques aliénées ou incendiaires, et dès le 22 mesidor an V il ne reste plus qu'une place aux Capucins; l'encombrement ne dut pas durer, car le 29 on accepte une ex-religieuse de soixante et un ans qui cherche à se détruire et s'est précipitée dans un puits ; ce sont encore des épileptiques agités par des accès dangereux ; c'est une autre épileptique qui, placée à l'hospice de Vendôme, trouble la tranquillité de l'établissement et incommode les malades et les militaires blessés; une autre épileptique qui a mis le feu chez elle et menace ses enfants en bas âge; c'est un aliéné atteint d'idées ambitieuses, qui se croit le comte Thibault, le premier comte de Blois, etc.

Deux points sont encore à signaler dans ce premier essai d'assistance aux aliénés. Malgré les sentiments de pitié et de solidarité qui animent les hommes de cette époque, on constate encore une certaine rigueur vis-à-vis d'eux (qui tient, peut-être, à ce qu'on les croit tous incurables). Si l'on a préparé pour eux une maison spéciale à Blois, en attendant leur transfert, c'est encore dans les prisons des districts qu'on les détient. Cette maison de refuge même est qualifiée officiellement de maison de réclusion, et le rédacteur d'un arrêté de placement, par un *lapsus calami* peut-être significatif, écrit un jour, un tel *accusé de folie*.

Quant aux motifs qui déterminaient le placement, c'est soit l'indigence, soit le danger. En janvier 1793, le Directoire refuse de secourir une fille attaquée de la vue et presque en démence parce sa famille est en état de subvenir à ses besoins. Cependant avec le cours du temps les accommodements se ménagent et le 27 messidor an VI, nous voyons interner un aliéné, du reste, dangereux, dont les neveux offrent de payer cent francs par an pour sa pension.

Au reste le danger social est la principale cause de l'internement ; l'administration n'oublie jamais de le mentionner « comme nécessaire de le soustraire à la société, de le séquestrer de la société, disent les arrêtés, très dangereux à laisser dans la société ». « Il est indispensable pour le bien de la société d'en écarter le citoyen. »

Ces placements se font d'ordinaire sur pétition des parents, confirmée par des certificats de la commune et une enquête. J'en trouve un cependant sur une lettre du Directeur du Jury de l'arrondissement de Blois « pour assurer la tranquillité publique en donnant des bornes à la liberté » du soi-disant comte Thibaut.

Telle est l'histoire de ce premier asile de Blois ; avant de s'arrêter sur le plateau de Saint-Lazare, il devait parcourir encore bien des étapes.

En 1806, les aliénés et les incurables durent quitter la maison des Capucins pour être placés, à titre provisoire, dans l'ancien couvent des Saintes-Maries, où sont installés aujourd'hui les bureaux de la préfecture, les postes, le télégraphe et les archives départementales. Le couvent des Saintes-Maries, dames visitandines, ou de la Visitation, avait d'abord servi pendant la Révolution, *de prison* pour les détenus politiques, puis de *grenier d'abondance* et enfin *d'arsenal*. En 1802, il fut question d'y transporter l'hospice général de Vienne, mais cette idée n'ayant pas été adoptée, on y caserna *la gendarmerie*, en 1804, mais à titre provisoire, en attendant une installation spéciale qui lui fut attribuée dans la rue de la Levée. A ce moment le Domaine fit abandon des Saintes-Maries au département pour y organiser un *Dépôt de mendicité*, projet souvent mis à l'étude et qui n'a pas encore reçu commencement d'exécution. Un membre de l'administration municipale de Blois espérait même, il y a quelques années, l'annexer à l'asile départemental actuel, et en tout cas, le faire construire dans l'enclos où s'élève l'hospice des épileptiques non aliénés, inauguré lors du Congrès de médecine mentale, à Blois, en 1892. Le dépôt de mendicité n'ayant pas remplacé la gendarmerie aux Saintes-Maries, on y installa, provisoirement, *les aliénés* et *les incurables*.

En 1826, enfin, après de longs débats et de nombreuses critiques et protestations, le conseil général de Loir-et-Cher décida que la préfecture y serait transportée.

Les prisons de Blois continuaient à donner asile aux aliénés et c'est provisoirement, partiellement et d'une façon intermittente, qu'on les trouvait aux Capucins et aux Saintes-Maries associés aux incurables. Suivant un historien local[1] auquel nous faisons trop souvent des emprunts, pour le citer à

[1] Bergevin et Dupré, *Histoire de Blois*, 2 vol., Blois, 1846.

chaque instant, les prisons de Blois se composaient de cachots étroits et infects où l'on entassait pêle-mêle les malheureux détenus ; c'était une horrible et insalubre geôle (il n'y a rien de changé), qui, en 1793, ne suffisait plus à loger les prisonniers politiques ; ils furent alors placés dans les couvents de Blois, transformés en *repaires de terreur*. En 1806, le couvent des Cordeliers fut démoli en partie pour l'agrandissement de la prison et l'église devint un préau ; ce couvent avait été supprimé en 1787 par M. de Thémines qui y avait placé pendant quelques années les *Nouvelles-Catholiques* dont la maison venait d'être démolie pour l'établissement du Marché-Neuf. De 1793 à 1806, le couvent des Cordeliers donnait asile à une compagnie d'invalides.

Le 18 mars 1817, le préfet de Loir-et-Cher prit un arrêté instituant une commission de surveillance du régime intérieur des prisons qui ne fut définitivement installée qu'en janvier 1818. Un mois après, le 1er mars, la commission signale au préfet « qu'à *la Maison de réclusion*, autrement dite des foux, les *détenus* sont traités comme des criminels tant aux vêtements qu'à la nourriture, que sans être coupables d'aucun délit, leur détention n'est causée que par leurs infirmités, qu'il serait utile et humain d'adoucir leur sort par une nourriture plus convenable à leur situation, que les draps manquent également surtout pour les fous, qui en sont privés quand les leurs sont au blanchissage ». Sept mois après, le 19 septembre 1818, la commission fut appelée par le préfet à l'effet d'aviser aux moyens d'améliorer le sort des individus détenus comme fous et épileptiques ; elle réclama une allocation de 2,800 francs pour achat de lits, couvertures, matelas, vin, viande et l'installation d'une petite infirmerie pour deux et trois malades ; la signature d'un médecin, le Dr Desfray, figure pour la première fois au registre des délibérations. Les aliénés n'étant pas tous à la maison de réclusion, il y en avait encore aux Saintes-Maries, la commission de surveillance des prisons en avait aussi la charge et déclarait qu'ils étaient aussi mal placés dans un endroit que dans l'autre.

L'administration préfectorale et le conseil général commençaient à s'émouvoir et il était question d'installer tous les aliénés dans le cloître du faubourg de Vienne, mais la commission de surveillance des prisons se montrait hostile à ce projet ; elle affirmait que cet emplacement serait rapidement

insuffisant et qu'il était préférable de faire une organisation spéciale et plus vaste en utilisant et en aménageant l'ancien couvent des Saintes-Maries, situé dans d'excellentes conditions d'aération et de salubrité. La commission de surveillance des prisons avait d'ailleurs chargé le Dr Desfray de faire un rapport sur la façon déplorable dont les aliénés étaient traités à la prison et aux Saintes-Maries et sur les nombreux inconvénients qu'il y aurait à les placer dans le cloître de Vienne et plus tard, parlant du rapport du Dr Desfray, elle disait : « L'ordre et la clarté qui règnent dans ce rapport, la nécessité indispensable de vastes bâtiments séparés par des cours, tout enfin, dans ce rapport, a convaincu la commission que le cloître situé en Vienne et appartenant à l'hôpital ne pouvait convenir, par le peu d'étendue qu'aurait l'établissement, même en y adjoignant les maisons voisines ; elle désirerait que la partie du projet qui établissait une *maison sanitaire* sur les aliénés dans la Maison des Saintes-Maries, pût recevoir son exécution, si M. le préfet et le conseil général trouvaient dans leurs ressources les moyens nécessaires pour y parvenir. »

Les plaintes, les doléances, les réclamations de la commission de surveillance se heurtaient à des considérations budgétaires et surtout à l'absence de sentiments humanitaires, à l'oubli ou à l'ignorance du grand principe de la solidarité humaine, en matière d'assistance publique, principalement à l'égard des aliénés et des infirmités mentales ; les aliénés inspiraient encore de l'horreur, de la crainte et, la superstition aidant, on croyait encore (certains y croient toujours) que leur maladie était due à leurs fautes passées ou originelles, à la puissance diabolique ou à la vengeance divine !

Quoi qu'il en soit, les projets de construction ou d'aménagement d'un établissement spécial dans le cloître de Vienne ou dans le couvent des Saintes-Maries furent abandonnés et définitivement classés, c'est-à-dire oubliés. Cet abandon ne faisait pas droit aux exigences d'un service qui s'imposait quand même à l'attention de l'administration départementale.

La commission de surveillance se montrait toujours vigilante et inquiète à l'égard des aliénés ; elle persistait dans ses bonnes intentions, nous en avons la preuve dans une délibération prise après la communication d'une lettre de M. le préfet lui proposant d'établir la maison des fous à la maison d'arrêt. Le 4 avril 1825, la Commission rappelait à M. le préfet que la

translation partielle des fous et des épileptiques à la maison des Saintes-Maries n'avait été faite que pour cause de l'exiguïté, de l'insalubrité et de l'incommodité des logements de la prison, où l'on proposait de les admettre tous; elle se déclarait prête, cependant, à recueillir les aliénés, mais tout à fait, à titre provisoire. Les avis des membres de la commission de surveillance et leurs justes observations, devaient enfin trouver un écho, car, à la date du 13 avril 1825, huit jours après, M. de Saint-Luc, préfet de Loir-et-Cher, prenait l'initiative d'un projet d'hospitalisation des aliénés et des épileptiques dans un local autre que celui de la prison ou des Saintes-Maries; il s'adresse aux administrateurs du bureau de bienfaisance et leur demande s'ils ne pourraient pas recevoir dans leur maison les aliénés et épileptiques qui ne doivent pas rester à la maison de réclusion.

Le 18 avril 1825, les administrateurs du bureau de bienfaisance, après en avoir conféré avec leurs dames religieuses, comprirent rapidement les vues humanitaires qui faisaient agir M. de Saint-Luc, ils acceptèrent, au moins en principe, de se charger des épileptiques et des aliénés; mais ils formulèrent immédiatement les *conditions nécessaires* à leur acceptation, en les termes suivants :

1° L'hospice des aliénés pourra être construit dans les dépendances du bureau de bienfaisance suivant un plan dressé par l'architecte du département, plan qui devra être soumis aux administrateurs dudit bureau, *avant la mise à exécution ;*

2° C'est aux frais du département que seront faites toutes les constructions et distributions;

3° Désormais l'*hospice des Aliénés*, une fois établi sur le terrain du bureau de bienfaisance, fera partie intégrante de la maison centrale des sœurs de charité attachées à ce bureau, lesquelles seront chargées de desservir ledit hospice, sous la surveillance immédiate de leur administration;

4° Le gouvernement des aliénés et des épileptiques cessera d'être confié à la commission administrative des prisons pour faire partie à l'avenir des attributions de l'administration du bureau de bienfaisance;

5° Cette dernière administration se chargera de faire traiter, nourrir, soigner, habiller et surveiller les aliénés et les épileptiques pour, et moyennant les sommes que le département consacre à cet usage sur les allocations du conseil général,

lesquelles sommes seront versées dans la caisse du receveur des pauvres.

MM. Risse, Amaury, Huet et Gault, administrateurs, avaient signé *les conditions nécessaires* à leur acceptation.

Le 2 mars 1826, le préfet de Loir-et-Cher expédie au bureau de bienfaisance le plan du nouvel hospice et en même temps une lettre d'avis avec l'affiche de l'adjudication des travaux à faire dans les terrains du bureau de bienfaisance. Cette manière de procéder a le don d'étonner les administrateurs et suscite de leur part une sorte de protestation; quatre jours après cette communication, le 6 mars, ils écrivent au préfet pour lui recommander la lecture de leur lettre du 14 avril 1825 contenant l'énumération des *conditions nécessaires*, appuyées d'ailleurs par le conseil municipal; ils réclament enfin la rédaction d'un acte ou d'un contrat déterminant les charges, conditions, engagements et obligations de chaque partie, le département d'une part et le bureau de bienfaisance d'autre part; ils se plaignent, et à juste titre, de ne pas avoir reçu à temps, avant l'adjudication, communication du plan des travaux à adjuger.

Le 15 mars, sans retard, le préfet répond qu'il est prématuré de faire un traité avant d'avoir soumis un projet de traité au conseil général, qu'il serait même inconvenant de prendre un engagement dans de pareilles conditions. « Le ministre de l'intérieur connait votre lettre du 18 avril 1825, disait-il, ainsi que la délibération du conseil municipal du 7 mai suivant, j'ai donné un avis conforme au vœu exprimé par vous et ce conseil, en prescrivant l'exécution du projet, le ministre a également entendu approuver les conditions dont vous parlez. » Par le même courrier M. Pinault, architecte, recevait l'ordre de communiquer ses plans aux administrateurs du bureau.

En construisant le nouvel hospice dans les jardins du bureau de bienfaisance, trop en arrière malheureusement du grand bâtiment faisant face à la place Victor-Hugo et au bas du rocher qui domine les jardins, M. Pinault avait dû se heurter à des fins de non-recevoir, mais il se trouva aux prises avec d'autres difficultés en raison de la nature du terrain friable et d'alluvion sur lequel devaient s'élever les bâtiments ; il fallut faire des fondations extraordinaires, et par suite, il écrivait au préfet que le nouveau local ne serait pas habitable avant le mois de juillet 1827.

Si les aliénés étaient mal à la prison, il y en avait qui guérissaient quand même, car à la date du 15 septembre 1826, nous avons trouvé une lettre du préfet informant le maire de Blois, qu'il y avait, à la maison de réclusion, deux aliénés guéris, qu'il devait faire une proposition de sortie et que, à l'avenir, il devait exiger des médecins un rapport trimestriel sur chaque malade.

En prévision du départ des aliénés de la maison de réclusion, le préfet réclame, le 27 septembre, au maire de Blois un état bien établi, déterminant les dépenses propres aux aliénés en les séparant complètement de celles des prisonniers.

Le 10 octobre 1826, le préfet, pour faire droit aux justes réclamations des administrateurs, prend enfin un arrêté, conformément aux *conditions nécessaires* imposées par eux, appuyées par le conseil municipal et approuvées par le ministre de l'intérieur. En vertu de cet arrêté, l'hospice des aliénés et épileptiques faisait désormais partie intégrante de la maison centrale des sœurs de charité attachées à ce bureau. Les dépenses à faire pour constructions, distributions et la translation des malades, le seraient aux frais du département. Toutes les dépenses pour le traitement, nourriture, habillement, entretien et surveillance des aliénés et épileptiques seraient remboursées au bureau de bienfaisance à l'aide des allocations spéciales votées par le conseil général. Il était encore dit, dans l'arrêté, que les admissions des malades, à l'hospice des aliénés, se feraient à la suite d'une décision administrative, lorsque *l'interdiction aurait été prononcée* et après constatation minutieuse de l'infirmité et de l'indigence du sujet, *l'hospice étant uniquement destiné et réservé aux indigents.* On est en droit de se demander où et comment ceux qui n'étaient pas indigents pouvaient se faire soigner même à leurs frais !

En communiquant cet arrêté aux administrateurs, le préfet leur recommandait la rédaction d'un règlement du service intérieur, à l'état de projet, pour le joindre au règlement général à soumettre à l'approbation du ministre de l'intérieur; il leur conseillait de consulter les lumières de leurs médecins, ces derniers ayant d'ailleurs à régler leurs visites journalières, les prescriptions alimentaires et pharmaceutiques, la prohibition de tous moyens de rigueur ou de répression autres que l'usage de la camisole, dite gilet de force, dont seuls ils pour-

ront prescrire l'emploi ainsi que la réclusion absolue; les médecins pourraient autoriser les parents des malades à les visiter, mais l'entrée de l'établissement serait rigoureusement interdite aux personnes qui n'y seraient conduites que par *la barbare curiosité de voir les fous.*

Toutes ces recommandations du préfet étaient inspirées par le besoin de faire rapidement droit aux exigences d'une hospitalisation si longtemps négligée en Loir-et-Cher; elles sont toutes sages, prudentes, déjà mûres et remplies de vérités bonnes à dire encore, de nos jours, à ceux qui ont la naïveté, pour ne pas dire plus, de rire à la vue d'un aliéné ou d'un ivrogne.

Les administrateurs se mirent rapidement à l'œuvre et faisaient parvenir au préfet le projet de règlement de service intérieur le 19 mars 1827; ils y joignirent nombre de considérations générales fort remarquables; ils n'avaient pas manqué de consulter les membres du conseil de santé. Les médecins avaient donné leur avis par écrit, et n'avaient pas ménagé leurs observations et leurs regrets; l'hospice spécial avait été construit trop rapidement, ils n'avaient eu connaissance du plan qu'au moment de la mise en adjudication des travaux, le local était insuffisant, les épileptiques n'étaient pas séparés des aliénés alors que, même pour les aliénés, il eût fallu deux ou trois subdivisions; ils regrettaient l'absence d'un quartier à part pour les convalescents, ils faisaient enfin remarquer qu'on avait négligé d'établir pour chaque sexe une petite infirmerie d'au moins quatre lits; qu'il n'y avait pas de buanderie et d'étendoir.

Les administrateurs du bureau de bienfaisance constataient enfin que l'hospice ainsi installé serait toujours et de plus en plus insuffisant et placé en un lieu où il serait impossible de l'agrandir. Ayant librement formulé leurs regrets, les administrateurs essayaient de tirer le meilleur parti de la situation et, dans l'impossibilité de faire mieux et plus grand, ils démontraient que des améliorations étaient possibles et nécessaires dans l'aménagement nouveau et que ces améliorations devaient être comprises dans les frais de premier établissement et à la charge du département, sans aucune confusion possible avec les revenus des pauvres de la ville. C'est ainsi que le département aurait à fournir un mobilier complet et un premier

approvisionnement de vêtements; ils proposaient d'établir, comme suit, le traitement annuel du personnel :

Pour un commis-greffier. . . .	400	francs.
— deux sœurs nouvelles . . .	900	—
— les médecins.	400	—
— les infirmiers	900	—
— une domestique	400	—
— le receveur-comptable. . .	300	—
— le concierge	550	—
	3,850	francs.
En ajoutant à ce chiffre les dépenses nécessitées pour 24 aliénés à 1 franc par jour, soit par an..	8,760	—
on obtient un total de.	12,610	francs.

soit pour un aliéné et par an 525 francs, donnant un prix de journée de 1 fr. 44.

En proposant l'adoption de leurs calculs, les administrateurs ne se trompaient pas, ils se montraient prudents et avisés. « On sait, disaient-ils, que les aliénés gaspillent ordinairement leurs aliments, déchirent leurs vêtements et brisent ce qui se trouve sous leur main ; *les frais de leur entretien doivent donc surpasser le taux moyen des hospices*; » ils auraient pu ajouter, ce qu'ils comprirent plus tard, que la plupart des aliénés, grands mangeurs, font une consommation énorme d'aliments, principalement en faisant la comparaison avec les hôpitaux ou hospices où sont traités les maladies aiguës ou chroniques, les fiévreux, les enfants, les vieillards, etc.; ils oubliaient de dire que les hospices et hôpitaux ont des rentes, fermes, dotations, donations, que les asiles d'aliénés ne connaissent pas encore et qu'ils doivent cependant se contenter d'un prix de journée bien inférieur à celui des hospices ; la situation ne s'est pas modifiée d'une façon sensible ; en 1896, le département donne pour chaque aliéné à l'asile des aliénés la somme de 1 fr. 10 par jour et, à l'Hôtel-Dieu de Blois, celle de 1 fr. 75 pour les maladies ordinaires.

Avant d'être admis dans l'hospice, les aliénés devaient séjourner à la prison en attendant que leur interdiction fût prononcée ; il n'était pas possible de les admettre d'emblée dans le lieu où ils devaient être traités ; la mesure était pénible, mais elle paraissait légale à cette époque, au moins en Loir-et-Cher ; s'il en était ainsi, la loi du 30 juin 1838 aurait fait

disparaître une des causes les plus fatales et les plus contraires au traitement des maladies mentales. Que de gens ignorent ou font semblant d'ignorer que la guérison de la folie peut s'obtenir en faisant traiter les malades au début ! Que de gens aussi attendent que tout espoir de guérison soit perdu, pour confier leur malade aux soins des spécialistes ! L'asile des aliénés n'est pas encore regardé comme un lieu de traitement, c'est une sorte de garderie, de Bastille moderne où malgré tout et en dépit des ignorants ils sont soignés, choyés, aimés et respectés ; ce sont des infortunés, dont on a peur au dehors, s'ils sont dangereux, et dont on rit, se moque ou abuse quand ils sont doux et inoffensifs.

Les membres du conseil de santé du bureau de bienfaisance exprimèrent le vœu : « que les individus atteints d'un premier accès de folie ou de fureur fussent, en cas d'indigence, admis dans l'hospice des aliénés pour y être traités, avec l'autorisation du préfet ». « Ce n'est pas, disaient-ils, dans les premiers moments de l'invasion de la folie que l'on s'occupe de faire interdire l'individu atteint de folie ; il faut même pour y parvenir, qu'on ait eu le temps de recueillir un certain nombre de faits capables de motiver un jugement et, jusque-là, on essaie des remèdes dont il résulte parfois une prompte guérison. S'il n'existe pas un lieu où ces individus, qui ne sont encore que des malades, puissent recevoir le traitement qui leur convient, on peut craindre que l'état de folie ne se perpétue par le défaut de soins ; il paraîtrait naturel de les faire traiter d'abord dans les divers hospices des départements ; mais il paraît que dans ces maisons rien n'est disposé, ni prévu pour recevoir les aliénés et que leur présence y est même sujette à beaucoup d'inconvénients. »

Le 13 *juillet* 1827, le préfet renvoyait aux administrateurs du bureau de bienfaisance leur projet de règlement du service intérieur après l'avoir approuvé et à la date du 13 août suivant il prenait l'arrêté prescrivant le transfert des aliénés, de la prison, dite *maison de réclusion*, dans le local spécialement construit dans les jardins du bureau de bienfaisance.

Article premier. — Les individus admis jusqu'à ce jour, à titre de secours, comme aliénés et épileptiques dans la maison *dite de réclusion* seront transférés dans le local construit pour les recevoir dans le jardin du bureau de bienfaisance de Blois.

Art. 2. — Cet établissement prend le nom d'*hospice des aliénés*.

Il n'y sera admis que des individus du département, atteints de folie ou d'épilepsie à un degré susceptible de produire l'aliénation mentale et dans un état d'indigence absolue.

Art. 3. — Le nombre des places dans ledit hospice est fixé à vingt-quatre. Ces places seront affectées à chacun des arrondissements dans la proportion suivante :

Population d'arrondissement. .	111,095 —	Blois	11 places
— — . .	74,901 —	Vendôme	8 —
— — . .	44,670 —	Romorantin	5 —

Art. 4. — Lors des admissions à accorder, au fur et à mesure des vacances, on aura toujours en vue de ramener la distribution des places entre les arrondissements à la proportion indiquée par l'article précédent. Toutefois si une place venait à vaquer, s'il était constaté qu'elle n'est réclamée par aucun individu de l'arrondissement y ayant droit, elle pourra être accordée à un individu d'un autre arrondissement.

Art. 5. — Les demandes d'admission dans l'hospice des aliénés devront être accompagnées : 1° du certificat d'un médecin constatant la nature de l'infirmité de l'individu et son état habituel d'aliénation; 2° d'un extrait de jugement qui a prononcé son interdiction; 3° de son acte de naissance ; 4° d'un certificat du maire attestant l'indigence de l'individu et celle de sa famille.

Art. 6. — Il sera fourni pour chaque individu admis à la maison de réclusion, soit par ses parents, soit par les personnes charitables prenant intérêt à son sort, un coucher composé d'un matelas, d'un traversin et d'une paire de draps. La soumission de faire cette fourniture devra être jointe à la demande d'admission.

Art. 7. — Il sera pourvu aux frais d'entretien des individus admis dans l'hospice d'aliénés au moyen des sommes votées par le conseil général et allouées au budget départemental.

Art. 8. — Le gouvernement de l'hospice des aliénés est confié à l'administration du bureau de bienfaisance de Blois et le service intérieur de cet établissement sera fait conformément au règlement proposé par cette administration et revêtu de notre approbation.

Art. 9. — Lors du transfèrement prescrit par l'article premier, il sera remis, à l'administration du bureau de bienfaisance de Blois, un contrôle exact des individus transférés et un inventaire des meubles et vêtements à l'usage des aliénés.

Art. 10. — Expédition du présent arrêté sera adressée à M. le maire de Blois, au bureau de bienfaisance et aux sous-préfets de Vendôme et Romorantin.

Le *4 septembre* 1827. — Le préfet de Loir-et-Cher informe les administrateurs du bureau de bienfaisance de Blois qu'il a

soumis au Conseil général leur rapport du 19 mars, le projet de règlement du service intérieur et le devis des nouvelles constructions réclamées par eux. Le Conseil général rendait pleine justice à la sagesse de leurs vues et avait voté les fonds nécessaires pour une pompe et un hangar, mais considérait comme *superflue* la construction d'une infirmerie ; il pensait aussi que les frais de construction d'une buanderie n'incombait pas au département. Par le même courrier, le préfet envoyait la copie de son arrêté du 15 août et du règlement revêtu de son approbation.

Le préfet de Loir-et-Cher priait aussi M. le maire de Blois de faire mettre en bon état le mobilier des aliénés et épileptiques, avant leur transfert au nouvel hospice.

17 *sept.* — Les administrateurs du bureau de bienfaisance font parvenir au préfet leurs regrets à propos de la décision du Conseil général relativement à l'infirmerie et à la buanderie ; ils déclarent, en outre, que M. le préfet ayant fixé au 1er octobre la date d'ouverture du nouvel hospice des aliénés, il leur sera à peu près impossible à cette date de répondre aux exigences d'un pareil service qui réclame, pour entrer en activité, une organisation encore incomplète et des choses « dont nous avons besoin », disaient-ils, « dans le plus bref délai, espérant que vous aurez la bonté d'y pourvoir, dont détail suit » :

1° Installation de deux fourneaux dans la cuisine ;

2° Installation d'étagères et de tablettes autour de la cuisine pour y placer la vaisselle et les ustensiles divers, qui d'ailleurs ne sont pas encore achetés

3° Une table de cuisine et un billot ;

4° Les médecins réclament, dans chaque chauffoir, une table entourée de bancs pour que les aliénés et épileptiques, qui en sont susceptibles, puissent manger en commun et que chacun puisse manger la portion qui lui est destinée et que cette portion ne soit pas arrachée aux plus faibles par les plus avides.

5° Installation d'un fourneau pour chauffer les bains afin de remplacer le cylindre qui dégage du gaz carbonique dans un local fort restreint.

6° Installation d'une lingerie dans une sorte de grenier sous le toit, à défaut d'un autre local plus convenable.

7° L'inventaire des meubles, vêtements et objets à coucher mis à notre disposition par M. le Préfet démontre que tout est prévu en

quantité insuffisante et que des fournitures neuves doivent être faites en plus comme suit :

6 bois de lits suivant l'indication de nos médecins.
4 grands baquets ferrés.
10 vestes de laine, 10 vestes de toile.
10 gilets de laine, 10 gilets de toile.
10 pantalons de toile.

Le 21. — Préfet à maire de Blois. Je vous notifie mon arrêté du 13 août pour l'organisation du nouvel hospice des aliénés. Il y aura 24 places, ce nombre est déjà atteint aujourd'hui et réparti entre les trois arrondissements. Ce ne sera pas un lieu de dépôt pour les cas urgents ; les individus arrêtés pour démence ou autrement, seront déposés à la maison de police municipale. »

Le même jour, la même communication était faite aux administrateurs du bureau de bienfaisance.

Pour faire droit dans une certaine mesure aux dernières réclamations des administrateurs le préfet invitait aussi le maire de Blois à faire livrer au nouvel hospice, en dehors des objets compris à l'inventaire du mois d'avril, tous les objets d'habillement réclamés par le bureau de bienfaisance à la date du 17 septembre (à l'exception des meubles) en opérant un prélèvement au magasin de la prison.

22. — Le préfet envoie au maire de Blois des instructions détaillées concernant l'arrêté du 13 août : les demandes de placement seront inscrites sur un registre spécial, mais seulement quand elles seront accompagnées des pièces exigées par l'article 5 et de la soumission indiquées en l'article 6.

Le certificat d'indigence à l'appui de ces demandes ne devait être délivré qu'en cas d'indigence absolue.

22 *octobre* 1827. — L'administration du bureau de bienfaisance, composée de MM. Amaury, Norais, de Chauvelin, Gault et Fleury, procède à la nomination des personnes attachées au nouvel hospice des aliénés et fixe leurs traitements ou salaires annuels :

Médecins. — MM. Desparanches et Desfray alternaient par semestre et recevaient chacun 200 fr.

Une sœur de charité. — Logée, nourrie et 450 fr. par an.

Un receveur comptable. — M. Giroud, 500 fr. par an.

Un infirmier . — Le sieur Michel, Louis Gaultier, recevait

200 fr. par an et nourri avec les aliments préparés pour les aliénés.

Une infirmière. — La nommée Dion, Marie, épouse du concierge, le sieur Duchemin, logée, non nourrie et 200 fr.

Une domestique. — Nourrie comme l'infirmier avec 120 fr. de gages ; elle serait choisie et changée à son gré par madame la supérieure.

26. — Le préfet donne son approbation à toutes les décisions prises le 22 par les administrateurs du bureau de bienfaisance.

Les concierge et infirmière n'ayant pas accepté la situation qui leur était faite avaient été remplacés séance tenante par le sieur Jean Morand, tisserand à Blois, et sa femme Anne Rétif.

26 *décembre* 1827. — Préfet à maire de Blois : « L'hospice des aliénés est prêt à recevoir les aliénés et les épileptiques détenus à la maison dite de réclusion, veuillez donner les ordres pour que le transfert ait lieu vendredi 28 courant. »

Procès-verbal du transfert. — Aujourd'hui 28 décembre 1827, à 2 heures de l'après-midi, l'administration du bureau de bienfaisance prévenue que le maire de Blois avait donné des ordres pour faire opérer le transfèrement des aliénés et des épileptiques dans le nouveau local qu'ils doivent habiter, s'est rendue dans le dit local accompagnée de MM. les médecins et du greffier-comptable du nouvel hospice ; elle a reçu à la dite heure, conduits par les sieurs Delrue et Marchandeau, agents de police, les individus dont les noms suivent :

HOMMES	FEMMES
B... (François).	C... (Ve L...).
P... (Louis).	F... (A.).
B... (Jacques).	C... (V.).
R... (Pierre).	T... (M.).
L... (Pierre).	F... (L.).
H... (François).	P... (M.).
V... (François).	B... (R.).
	M... (C.).
	C... (M.).
	B... (M.).
	C... (F.).
	P... (M.).
	H... (femme P....).

NOTA. — Ce dernier n'avait pas été transféré, il était malade ; il est mort à la maison de réclusion le ... janvier 1828.

En faisant la remise de ces individus, les agents de police susnommés ont déclaré que l'enfant C. W. dont les vêtements n'étaient pas prêts, serait amené ultérieurement.

L'administration s'étant fait représenter le contrôle des aliénés et épileptiques a reconnu que tous les individus ci-dessus dénommés étaient inscrits sur ledit contrôle, qui portait en outre les noms de L. V., — B. M. — G. A. C. Ces trois individus étaient morts avant le transfert, il en résulte qu'au lieu de 24 il n'y en avait plus que 21.

L'administration, de concert avec MM. les médecins, a immédiatement fait placer lesdits individus dans les locaux qui leur étaient affectés.

La sœur chargée du service intérieur a reçu de Mme la supérieure les instructions nécessaires pour la direction du service, et de MM. les médecins les indications à suivre pour le régime sanitaire et alimentaire.

MM. les médecins sont entrés aussitôt en fonctions, en procédant immédiatement à la visite des individus transférés, en constatant leur état et en inscrivant sur la feuille de visites les prescriptions à suivre à l'égard de chacun d'eux,

Quant au régime alimentaire, il a été convenu que, pour ne pas déranger l'ordre de comptabilité, il continuerait d'y être pourvu par le fournisseur des prisons jusqu'au 31 du courant inclusivement et que ce service demeurerait à la charge du bureau de bienfaisance à partir du 1er janvier 1828. Le concierge, l'infirmier et l'infirmière chargés de garder et soigner les aliénés et les épileptiques ont pareillement été mis en exercice à l'instant même, et le greffier comptable a reçu l'ordre de préparer immédiatement les registres et écritures prescrites pour la tenue journalière de la comptabilité du nouvel hospice.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XLVI. Un cas de mal de Pott suivi de guérison ; par le Dr Musmeci.

Les causes diverses et nombreuses, qui peuvent produire le mal de Pott, agissent en fin de compte selon deux modes différents : ou elles compriment la moelle d'une manière mécanique, ou elles déterminent une myélite transverse localisée. Le résultat est toujours le même, il consiste en des troubles multiples du fonctionnement de la moelle. Voici un cas remarquable de mal de Pott dû à une affection des vertèbres et qui se termina par la guérison.

Observation. — Jeune garçon, douze ans, non héréditaire, rougeole et influenza les années précédentes, bonne constitution. Fin 1894, manifestation d'une douleur au rachis qui s'exaspérait quand le malade marchait ou faisait de grands mouvements. Peu après la marche devint difficile, et l'enfant se mit à se courber, enfin en moins d'un an la paralysie des membres inférieurs devint complète. Réflexes conservés, mais pour les provoquer il faut une excitation très forte, douloureuse même.

Tout mouvement volontaire est impossible, on peut provoquer des mouvements réflexes en pinçant la peau de la plante des pieds. Sensibilité normale, ventre fortement distendu, comme s'il existait de l'ascite, ce qui est dû à ce que la respiration s'effectue uniquement par le type abdominal. Rien de notable aux membres supérieurs, sens spéciaux normaux. La seconde vertèbre dorsale fait une saillie prononcée et la pression en cet endroit produit une forte douleur. Les oreilles sont rouges et chaudes, et cette particularité se manifeste avec intermittence, une oreille est rouge pendant que l'autre est pâle, puis la première devient pâle et la seconde rouge, et ainsi de suite. Les fonctions nutritives s'accomplissent toutes bien. L'auteur compare cet ensemble symptomatique au tableau clinique classique de la compression de la moelle, et il fait voir qu'il s'agit chez ce malade d'une lésion localisée de la moelle au niveau de la seconde vertèbre dorsale. La symptomatologie, dit-il, chez notre malade est absolument telle qu'elle serait si on avait sectionné la moelle en ce point avec un bistouri.

La respiration diaphragmatique s'explique par ce fait que le

nerf phrénique fonctionne, alors que les nerfs des muscles thoraciques sont paralysés, la lésion siège en effet au-dessous de l'origine du plexus brachial. Les fonctions urinaires ne sont pas troublées parce que la compression de la moelle siège bien au-dessus du centre urinaire.

En somme, le diagnostic de la compression de la moelle à l'endroit sus-indiqué est évident. Quelle est la cause de la compression ? Après avoir rejeté la supposition de tubercules médullaires ou de tubercules du canal vertébral, l'auteur opine pour une carie vertébrale. Il s'agit donc d'un mal de Pott véritable ou spondylarthrocace. La médication usuelle : immobilisation du tronc, révulsifs au niveau de la lésion, faradisation des muscles paralysés, etc., aboutit à une guérison complète.

Les guérisons du mal de Pott ne sont, du reste, pas rares ; les compressions de la moelle qui en dépendent sont, après les compressions d'origine syphilitique, celles qui guérissent le plus souvent. La raison en est dans ce fait que la compression ne provoque pas toujours dans la moelle des lésions bien importantes. Il arrive qu'on note, pendant la vie, tous les signes de la compression, et qu'à l'autopsie, la moelle paraît saine à l'œil nu, et le microscope fait voir que, malgré une paraplégie absolue, bien peu de fibres nerveuses pourtant sont désorganisées. (*Rivista clinica e terapeutica*. Naples, 1896, n° 5.) CAMUSET.

XLVII. UN CAS DE TREMBLEMENT PAR SUITE D'AUTO-INTOXICATION STOMACALE ; par M. le Dr JANNONI.

Il se produit parfois dans l'intérieur du tube digestif, quand les fonctions digestives sont troublées, des toxines dont l'action nocive se fait sentir sur tout l'organisme, principalement sur le système nerveux central, exemple : le vertige *à stomaco læso*, les convulsions d'origine gastrique, la chorée électrique et même l'épilepsie partielle gastrique. L'auteur publie un cas de tremblement qui est également la conséquence d'une auto-intoxication stomacale.

OBSERVATION. — Homme, quarante-trois ans, bien portant autrefois et non héréditaire, mais souffrant depuis quelque temps de troubles digestifs dus sans doute à des excès de table anciens. Estomac dilaté, anorexie, éructations, douleur épigastrique, vomissements, céphalalgie. Depuis un an, nouveau phénomène morbide : de temps en temps, surtout après des écarts de régime, sortes de crises de tremblement durant une demi-heure et plus. Ce tremblement est partiel, il siège tantôt sur une partie du corps, tantôt sur une autre, ainsi on l'observe aux membres inférieurs, aux supérieurs, au tronc, à la face ; parfois il siège sur toute une moitié latérale du corps et même il peut être croisé. Il est aussi d'une intensité variable, il commence par être très rapide, puis il se ralentit, ou

inversement. Quand il est lent, on peut compter le nombre des oscillations par minute, quand il est rapide, la chose n'est plus possible. — Un traitement approprié commence la guérison des troubles dyspeptiques et le tremblement disparaît avec eux.

L'auteur rappelle les cas connus dans la science ayant avec le cas actuel plus ou moins d'analogie et il termine en résumant les travaux modernes sur les toxines qui se forment dans le tube digestif de l'homme et des animaux, principalement quand les fonctions digestives ne s'accomplissent pas physiologiquement. (*Rivista clinica e terapeutica*. Naples, 1895, n° 6.) C.

XLVIII. Névrite tuberculeuse symétrique; par le Dr Renzi, professeur de clinique à l'Université de Naples.

Observation. — Homme, trente-cinq ans, en traitement à la clinique, atteint de tuberculose aux sommets des poumons, caverne certaine à droite.

Ce malade est pris brusquement et sans cause appréciable de violentes douleurs dans la partie postérieure des deux jambes. Le moindre mouvement des membres, la moindre pression les exaspèrent. Les jours suivants un peu de tuméfaction du mollet gauche avec léger œdème au niveau des malléoles du même côté. Les douleurs sont du reste un peu plus fortes à gauche. L'examen électrique fait constater, dans les deux jambes, une légère diminution de l'excitabilité galvanique et faradique. — Traitement : repos absolu, frictions au chloroforme. En quelques jours amélioration marquée, et quand enfin le malade sortit de l'hôpital, il marchait très bien et ne souffrait plus du tout.

Le professeur insiste sur la forme symétrique de l'affection en laquelle il voit une *névrite symétrique*. Cette névrite ressemble aux névrites qu'on observe assez fréquemment chez les diabétiques. Il ajoute que les névrites ne sont pas rares chez les tuberculeux ; il les croit causées par les toxines tuberculeuses qui, comme des travaux récents l'ont démontré, ont une grande part dans la pathogénie des diverses manifestations cliniques de la tuberculose. (*Rivista clinica e terapeutica*, 1895, n° 1, Naples.) C.

XLIX. Dysurie spasmodique nautique; par M. le Dr Leonardo Cognetti de Martiis. (Extrait de la *Gazetta degli ospedali e delle cliniche*, 1895, n° 9.)

Observation. — Un marinier, vingt-trois ans, aspect robuste, sans tare héréditaire. Emotion violente à la suite de laquelle il est sérieusement malade un mois. Très superstitieux, il a, la nuit, seul et en pleine campagne, une hallucination. Il voit devant lui un « esprit à forme humaine » qui disparaît à son approche. L'année suivante, employé des douanes, il est obligé d'embarquer. Dès qu'il

est à bord, il lui est impossible d'uriner, il faut le débarquer. Plus tard, il doit à nouveau faire du service à la mer, mais sur un navire à l'ancre et ne naviguant pas. Le trouble urinaire reparaît, mais un peu différent. L'urine est chassée de la vessie, mais le jet s'arrête brusquement, alors que le réservoir est encore à moitié plein. Le médecin du bord constate à plusieurs reprises la réalité du fait. Ce jeune homme est alors envoyé à l'hôpital de Spezia où il est observé méthodiquement : caractère émotif, sensibilités générale et spéciale normales; le sens de la vue, étudié d'une façon toute particulière, est normal et fonctionne très bien. Pas de calcul dans la vessie. Analyse minutieuse de l'urine qui ne donne aucun résultat intéressant. Il s'agit donc d'une dysurie spasmodique, d'un spasme du col.

L'auteur cherche à en établir la pathogénie. Il expose d'abord la physiologie de la miction telle qu'on la connaît à notre époque, il résume et compare les principales théories anatomiques et physiologiques sur l'innervation de la vessie, sur les réflexes urinaires; médullaire et cérébraux, insistant sur le pouvoir inhibiteur de ces derniers, etc. Je ne retiendrai que les parties originales de la théorie qu'il propose lui-même pour expliquer le spasme du col vésical. Pour que la miction s'accomplisse normalement, il faut, dit-il, que l'appareil musculaire entier de la vessie entre en même temps en contraction, les muscles expulseurs (de l'urine), aussi bien que le sphincter. Il faut, en plus, que la contraction s'accomplisse dans le sens péristaltique, sinon le col se contracte seul et il y a spasme. Or, quand les centres réflexes urinaires ont été hyperexcités, ils provoquent des contractions dans le sens antipéristaltique. Dans le cas actuel, ce sont les mouvements du bateau qui troublent le fonctionnement des centres réflexes et qui, par suite, provoquent le spasme du col. C'est ainsi que sur un navire à l'ancre et bougeant peu, la miction se fait à moitié, tandis que sur un navire en marche, les mouvements étant étendus et nombreux, la miction est tout à fait impossible. Il se passe là, en somme, ce qui se passe dans un trouble analogue du rectum, dû également à des contractions antipéristaltiques de l'organe, et qu'on désigne sous le nom de *constipation nautique*. C.

L. De l'incontinence nocturne d'urine; par M. le Dr Cognetti de Martiis. (Extrait de la *Puglia medica*, 3e année, n° 5.)

Pour l'expliquer, deux théories surtout ont de nombreux partisans : 1° l'incontinence est due à une hyperesthésie de la vessie qui ne permet à l'organe de ne tolérer qu'une quantité donnée d'urine; 2° elle est due à une hyperexcitabilité des muscles de la vessie; quand ceux-ci sont distendus au delà d'un certain degré, ils se contractent. Ces théories sont toutes deux, on le sait, passibles

de bien des objections, l'auteur les rejette l'une et l'autre et se rallie à la théorie psychique défendue principalement par le Dr Fiorani. L'incontinence nocturne, dit-il, n'est que le *somnambulisme de la vessie*. Voici les raisons sur lesquelles il se base : le sommeil n'est pas le repos du système nerveux central exclusivement, mais bien une fonction biologique générale d'ordre végétatif. Il comporte trois degrés; le sommeil ordinaire, le rêve et le somnambulisme. Les excitants ordinaires de l'organisme, comme le besoin d'uriner, par exemple, provoquent le réveil, dans le sommeil simple. Dans le rêve, les impulsions au mouvement, si elles provoquent l'acte provoquent en même temps le réveil. Dans le somnambulisme qui comporte un sommeil intense avec conservation plus ou moins marquée de la conscience, certains actes volontaires sont possibles sans amener le réveil. L'incontinence d'urine ne peut donc se manifester que pendant ce troisième degré du sommeil, le somnambulisme. Remarquer aussi que cette infirmité ne se rencontre guère que chez les sujets nerveux et souvent héréditaires.

La théorie psychique admise, on doit traiter l'incontinence comme on traite le somnambulisme, par le procédé du *cordon antisomnambulique* (Fiorani). Ce médecin aurait obtenu déjà une guérison remarquable et l'auteur en expose un nouvel exemple :

Observation. — S..., marin de l'Etat, est atteint, depuis son enfance, d'incontinence d'urine; il a suivi de nombreux traitements mais sans résultat. Aucune lésion vésicale ou urétrale, pas de calcul, les urines sont normales. Entré à l'hôpital, la première nuit il urine au lit. Le lendemain soir, couché, on lui applique le cordon antisomnambulique. C'est un lacet de 2 mètres de longueur. On l'attache, par une de ses extrémités, à la main gauche du sujet, on lui fait longer le lit et sortir par la partie inférieure du meuble. On attache à son autre extrémité un sac contenant 50 grammes de sable sec, on produit ainsi une traction légère. Le sujet n'eut pendant la nuit qu'une seule miction involontaire et qui finit par le réveiller. Le lendemain soir on mit 100 grammes de sable dans le sac, et le sujet se réveilla, dans la nuit, chaque fois qu'il eut besoin d'uriner. Il en fut de même les nuits suivantes. Il put enfin reprendre son service, guéri, par un moyen d'une simplicité extrême, d'une infirmité pénible et répugnante. Le lecteur se demandera, sans doute, si ce succès thérapeutique n'est pas dû à l'autosuggestion plutôt qu'au cordon antisomnambulique.

C.

LI. Dissertation sur un cas peu commun de maladie nerveuse; par le Dr L. Abbamondi, médecin chef de la marine royale italienne, (Spezia, 1895. Tip. Edit. Il Lavoro.)

Observation. — Un jeune homme de vingt et un ans, ni alcoolique, ni syphilitique, ni héréditaire, est incorporé dans l'armée en

mars 1893. Il est alors vigoureux et bien portant, mais il aurait eu une enfance très maladive et, à neuf ans, des douleurs rhumatismales. Dès son arrivée à la caserne, angine grave très probablement diphthéritique qui nécessite un long séjour à l'hôpital. Quelque temps après, il retombe malade à nouveau ; faiblesse, douleurs dans les membres, dans les inférieurs surtout, mauvais état général. On l'envoie à l'hôpital de Spezia, dans le service du Dr Abbamondi, qui relève les particularités cliniques suivantes :

Dépression, faiblesse générale, muqueuses décolorées, ganglions lymphatiques engorgés, muscles flasques. Les muscles extenseurs, d'une façon générale, ont à peu près conservé leurs forces, les muscles fléchisseurs au contraire sont affaiblis. Légère atrophie musculaire aux membres inférieurs. Arthropathie spéciale siégeant à chaque genou, qui donne aux membres inférieurs une forme réellement très bizarre. Quand le malade est couché ou assis, les genoux semblent normaux; quand il est debout, la cuisse forme avec la jambe un angle obtus ouvert en avant, la tuberosité tibiale ainsi que les condyles fémoraux repoussés en arrière occupent le creux poplité qui, par suite, a disparu. Il résulte, de cette demi-luxation, que l'axe de chaque membre inférieur est représenté par une ligne courbe à concavité assez prononcée et antérieure. La courbe est assez prononcée, pour que la taille du malade varie de 4 à 5 centimètres, selon que celui-ci est debout ou couché. — Le malade peut marcher, mais avec peine et en *steppant;* la marche ne produit dans les genoux ni douleurs, ni craquements. La station debout est possible un moment, mais très pénible ; si les yeux sont clos, le sujet oscille et tomberait. L'action de monter et de descendre les escaliers ne s'effectue qu'avec le secours de la rampe et d'un bâton : à noter que les mouvements sont bien coordonnés. — Douleurs dans les membres, surtout dans les inférieurs, mais sans le type fulgurant. Sensation de compression en ceinture vers la base du thorax. Point douloureux à la pression au niveau de la quatrième vertèbre lombaire. Les muscles atrophiés sont un peu douloureux à la pression. Des orteils à un plan voisin de l'ombilic, abolition de la sensibilité thermique et de la sensibilité à la douleur, en plus la sensibilité tactile est abolie dans les membres inférieurs. Sensation de marcher sur du velours. Excitabilité électrique très diminuée dans les fléchisseurs, conservée dans les extenseurs. Réflexes, les uns conservés, les autres abolis ou diminués ; le réflexe pharyngien persiste, celui du genou est seulement diminué d'un seul coté. Rien d'anormal du côté des sens spéciaux, pas de troubles vésicaux, ni rectaux.

A l'hôpital, l'affection au lieu de rétrocéder s'aggrave rapidement. Le niveau de l'anesthésie remonte, les membres supérieurs deviennent de plus en plus douloureux, leurs muscles s'atrophient, et enfin une arthropathie semblable à celle des genoux commence à

se manifester aux coudes. Dans l'extension forcée de l'avant-bras, l'olécrâne tend à se porter en avant du côté des fléchisseurs, en sorte que le bras fait avec l'avant-bras un angle très obtus ouvert en arrière et que l'axe du membre, dans son ensemble, représente une courbe à concavité postérieure. On tente, et inutilement, tous les traitements. Le malade est réformé à la fin de 1893 et il rentre dans sa famille. Deux ans après, 1895, l'auteur apprend que son ancien malade est tout à fait guéri, mais il ne peut se procurer aucun détail sur la marche de l'affection depuis la fin de 1893.

Le point le plus intéressant de cette observation consiste évidemment en l'apparition de ces arthrites bizarres des genoux et des coudes. Comme elles se sont manifestées dès le début de l'affection, et pour d'autres raisons encore, on doit les considérer comme des arthropathies nerveuses. L'auteur recherche alors l'entité nosologique à laquelle on devrait rattacher ce cas, il passe successivement en revue les diverses affections de la moelle, aucune d'elles ne répond au tableau symptomatique résumé ci-dessus. Il discute ensuite la possibilité de l'hystérie, il cite même un cas qui ne manque pas d'analogie avec le cas actuel, et qui certainement dépendait de la grande névrose. Sans se rallier à l'idée de l'hystérie, il ne la repousse pas absolument. Il arrive enfin à étudier l'hypothèse d'une polynévrite infectieuse, hypothèse qui lui paraît bien être l'expression de la vérité. La cause en serait l'angine diphtéritique qui a précédé de très peu le début des accidents. Les arthropathies seraient ainsi sous la dépendance, non plus d'une lésion médullaire, mais de lésions nerveuses multiples périphériques disséminées dans les tissus péri et intra-articulaires. Il ne se dissimule pas cependant que, dans les polynévrites toxiques, certains phénomènes existent qui n'existaient pas chez son malade, ou qui n'existaient qu'à un degré trop léger. Ainsi les paralysies n'étaient pas assez prononcées, les muscles pas assez douloureux à la pression, etc. Pour toutes ces raisons, il proposerait d'admettre une *polynévrite toxique fruste*. En fin de compte, il donne son observation comme très intéressante, ce qui est vrai, mais il n'affirme pas son diagnostic d'une façon absolue.

CAMUSET.

LII. DE L'INFLUENCE DES TROUBLES DE L'INNERVATION SUR LA LOCALISATION ET LA MARCHE DES AFFECTIONS INFECTIEUSES; par MM. les Drs TRAMBASTI, professeur libre de pathologie générale et C. COMBA, assistant à la chaire de pédiatrie de l'Université de Florence. (*Lo Sperimentale*. Section de biologie, 3e fascicule, 1895.)

Travail effectué à l'Institut des hautes études de Florence. — Les auteurs rappellent que l'on discute depuis longtemps sur l'influence que le système nerveux peut avoir sur la localisation et la

marche des processus infectieux, sans que la question soit aujourd'hui résolue. Ils font l'historique des travaux effectués sur ce sujet et montrent que les expériences n'ont jamais porté que sur le tissu cellulaire sous-cutané. On provoque la paralysie vaso-motrice, soit dans un membre en sectionnant son tronc nerveux, soit dans l'oreille du lapin en extirpant le ganglion cervical supérieur de cet animal, après quoi on fait agir divers microbes pathogènes dans les régions ainsi paralysées, au moyen d'injections sous-cutanées.

MM. Trambasti et Comba, après beaucoup d'autres, ont voulu apporter quelques documents nouveaux pour la résolution de cette intéressante question et ils ont entrepris une série d'expériences dans ce but, mais leur technique diffère de celle de leurs devanciers. Ils ont cherché, eux, quelle influence a la paralysie vaso-motrice d'un organe splanchnique sur la localisation et la marche d'un processus infectieux agissant sur cet organe, et leurs expériences ont porté sur le rein. Antonelli avait déjà, avant eux, voulu savoir s'il existait une relation quelconque entre les troubles de l'innervation du rein et la localisation et l'évolution d'un processus infectieux dans ce viscère, et il était arrivé à cette conclusion, que la suppression de l'innervation du rein ne favorise pas la localisation des agents infectieux dans cette glande.

Les auteurs, après avoir exposé et critiqué les données anatomiques modernes sur l'origine, le trajet et les rapports des nerfs rénaux, regardent comme établi que ces nerfs viennent du tronc cœliaque, mais qu'ils s'entremêlent aux mailles d'un lacis nerveux inextricable situé entre l'artère et la veine rénales et que là ils envoient des ramuscules à la tunique adventice de ces vaisseaux. Il n'est donc pas possible de sectionner en cet endroit les vrais nerfs rénaux, les nerfs qui président à la sécrétion de l'urine. C'est pourtant ce que faisait, ou du moins ce que croyait faire Antonelli. La vérité est que pour être certain de produire la paralysie vasomotrice, il faut extirper le plexus cœliaque. Mais comme l'extirpation du ganglion cœliaque inférieur seul suffit pour provoquer des altérations importantes dans le rein, et qu'elle laisse aux animaux en expérience une survie assez prolongée, c'est à l'extirpation de ce seul ganglion inférieur que les auteurs eurent recours. Voici la façon dont ils rendent compte de leurs expériences.

Extirpation du ganglion cœliaque inférieur sur cinq lapins. Deux d'entre eux sont réservés comme témoins. Aux trois autres on injecte, après un laps de temps variable, dans la veine marginale de l'oreille, des quantités variables de bouillon de culture de streptocoques de l'érysipèle. Même opération sur sept autres lapins, deux sont réservés comme témoins; on injecte aux cinq autres du bouillon de culture de staphylocoques dorés pyogènes. Sur ces douze animaux, on n'en sacrifie qu'un seul, le dixième jour; les

onze autres meurent spontanément dans un temps qui varie de deux à vingt-huit jours à partir du moment de l'injection. Les principaux organes sont ensuite, après durcissement, examinés au microscope.

Voici maintenant les conclusions de ces expériences : quand, après avoir produit la paralysie vaso-motrice dans le rein, on injecte dans le sang des microbes pathogènes, ces microorganismes se localisent toujours de préférence dans le rein. L'absence de toute localisation morbide dans le foie prouve, incidemment, que le ganglion cœliaque inférieur n'est pas un centre d'innervation important pour ce viscère. Les localisations rénales font défaut chez les lapins réservés comme témoins, c'est-à-dire chez les lapins opérés mais non inoculés. La lésion du centre d'innervation du rein constitue donc une prédisposition à la localisation des microorganismes pathogènes qui peuvent se trouver accidentellement dans le sang. Comme corollaire : l'immunité d'un tissu, par rapport à une infection, est liée à l'intégrité du système nerveux de ce tissu.

En résumé donc, la paralysie vaso-motrice qui, pour beaucoup d'auteurs, pour Antonelli en particulier, serait un élément protecteur par rapport aux infections, détermine au contraire dans les tissus des conditions de moindre résistance à l'égard de celles-ci. A noter; en terminant, que dans les expériences de MM. Trambasti et Comba la prédisposition du rein à l'infection était d'autant plus certaine que l'extirpation du ganglion cœliaque inférieur, par lequel passent presque tous les nerfs qui vont au rein, détermine, outre la paralysie vaso-motrice, des altérations profondes du tissu rénal lui-même, comme l'hypérémie et la dégénérescence granuleuse et hyaline des divers éléments anatomiques de la glande.

Camuset.

LIII. Recherche historique sur la crampe des écrivains. (*Bulletino delle scienze mediche*. Bologna, 1896, n° de mars.)

Puisque l'on fait de nos jours à la graphologie l'honneur de l'élever à la hauteur d'une science, il n'est pas sans intérêt de signaler une particularité que présentait l'écriture de l'empereur Auguste. Auguste, quand un mot était trop long pour être écrit en entier à la fin d'une ligne, ne pouvait pas se décider à le scinder en deux parties, de façon à reporter la seconde partie au commencement de la ligne suivante, comme c'était l'habitude déjà. Il l'écrivait en entier sur la même ligne, qu'il était obligé de prolonger en en changeant la direction, en la recourbant en bas. C'est Stevonius, l'historien de l'époque impériale, qui nous apprend cette particularité, mais il nous en apprend une autre bien plus intéressante au point de vue médical. Octave Auguste, paraît-il, était atteint

d'une sorte de rigidité et de contracture de l'index droit qui lui rendait parfois l'écriture très difficile. Il était obligé de porter à l'index un anneau en corne. Cet anneau remplissant l'espace laissé libre entre le style, la plume d'alors, et l'index, permettait à celui-ci de maintenir, malgré son impotence, le style fixé. Cette infirmité n'était sans doute autre que notre crampe des écrivains actuelle. L'accusation qui pèse sur les plumes d'acier, d'en être la cause déterminante, est donc mal fondée.

Il paraît, toujours d'après Stevonius, qu'Auguste était aussi affligé d'un grand nombre d'affections et d'infirmités diverses, et *qu'il souffrait un peu de partout*, ce qui ne l'empêchait pas de garder toujours et en toute occasion son regard fier et dominateur et sa physionomie digne et calme. CAMUSET.

LIV. UN NOUVEAU FACTEUR ÉTIOLOGIQUE DE LA CÉPHALÉE, LA CÉPHALÉE PRODUITE PAR LE CHANGEMENT DE RÉSIDENCE; par le Dr PIERACCINI. (*Lo Sperimentale*. Firenze, 1895, n° 21.)

Il existe des personnes robustes, d'une excellente santé, exemptes de toute tare névropathique héréditaire ou acquise qui, chaque fois qu'elles quittent leur résidence habituelle, pour aller dans certaines autres régions, sont immédiatement prises d'une céphalée pénible et opiniâtre, mais qui se dissipe dès qu'elles retournent chez elles. Le Dr Pieraccini prétend qu'il s'agit, dans ce cas, d'une céphalée *sui generis* et il la dénomme *céphalée par changement de résidence*. Cette affection, dit-il, n'est notée nulle part, elle n'est pas cependant très rare et les individus, qui en sont atteints, se rendent souvent très bien compte de sa nature et il en est même qui soutiennent à leur médecin, lequel se perd dans des recherches minutieuses, que leur mal de tête est simplement la conséquence « du changement d'air ». Voici quelques exemples :

1° S..., cinquante ans, cuisinier, homme robuste et d'une excellente santé, exempt de toute tare nerveuse héréditaire ou acquise, ni alcoolique, ni syphilitique, habitait depuis longtemps un petit village du Val-d'Elsa, dont l'altitude n'est que de 100 mètres supérieure à celle de Florence. S... un jour quitta son pays pour aller se fixer à Florence, comme cuisinier dans une maison bourgeoise. Deux jours après son arrivée, céphalée très douloureuse localisée principalement à la région frontale. Quelques prescriptions hygiéniques, comme les promenades fréquentes au grand air, par exemple, ne produisent pas la moindre amélioration. La céphalée se compliqua même d'autres phénomènes morbides : pupilles dilatées et peu sensibles à l'action de la lumière, vertiges, nausées. Les fonctions de la vie végétative et les fonctions psychiques s'effectuaient normalement. Un traitement antisyphilitique est proposé, mais le malade affirmait d'abord qu'il n'avait

jamais eu la vérole, ensuite que sa céphalée était due à son séjour à Florence, et qu'elle guérirait dès qu'il serait rentré dans son pays. Quelques années auparavant il avait éprouvé les mêmes souffrances, et dans les mêmes circonstances. Tous les remèdes avaient échoué, son retour au pays l'avait guéri de suite. Il voyait bien, ajoutait-il, qu'il allait être obligé de quitter Florence, ce qui l'affligeait fort, parce qu'il aimait cette ville et parce qu'il tenait beaucoup à sa place. Et malgré tout le déplaisir qu'il en éprouva, S... en effet rentra dans ses montagnes et deux jours après il était guéri.

2° Un cultivateur du Val d'Elsa, d'une bonne santé habituelle, non névropathe, travaillait toute l'année aux environs de son village, mais il était obligé d'aller de temps en temps travailler à des terres situées assez loin de chez lui sur des hauteurs. Or, dès qu'il arrivait en ces endroits, il était pris d'une céphalée qui se dissipait aussitôt qu'il rentrait chez lui.

3° Une dame de Porto-Longone, dans l'île d'Elbe était prise de céphalée chaque fois qu'elle quittait son île pour aller sur le continent, et ensuite, pendant les douze ou quinze jours qu'elle passait habituellement à Piombino.

4° Un médecin, âgé de trente ans, très robuste et d'une bonne santé, exerçait la médecine à Florence et aux environs. Cinq ou six fois par an, il était obligé d'aller à Mantoue. Aussitôt qu'il arrivait dans cette ville, il ressentait une céphalée intense, qui se dissipait dès qu'il la quittait.

5° Un négociant florentin souffrait, chaque fois qu'il allait au marché de Livourne, d'une céphalée très pénible.

6° Un autre Florentin, qui s'était établi à Livourne pour plusieurs années, ne pouvait s'approcher de la mer sans être pris d'hémicranie. Aussi logeait-il très loin du port et avait-il grand soin de ne pas aller du côté de la plage.

Dans ces observations, auxquelles il serait facile d'ajouter d'autres faits analogues, il s'agit, dit M. Pieraccini, d'une céphalée spéciale, idiopathique, qui n'entre dans aucune des classes des céphalées admises par les auteurs. En effet, peut-on la rattacher à l'hystérie ? Il faudrait admettre alors que cette névrose peut se manifester par un unique symptôme, et ne s'accompagner d'aucun de ses stigmates connus, ce qui n'est pas soutenable. Peut-on la mettre sur le compte d'une sorte d'auto-suggestion, la crainte d'être atteint de maux de tête, en arrivant dans certains endroits, provoquant l'apparition de ceux-ci ? Mais alors, comment expliquer, par cette hypothèse ingénieuse, l'apparition de la première attaque de céphalée, alors que le sujet ne pouvait avoir aucune appréhension ? Peut-on en faire un symptôme de la nostalgie ? Non, puisque les malades, sujets des observations précédentes, ne sont pas nostalgiques, et que même plusieurs d'entre eux aiment la ville qui leur

est malsaine et qu'ils ne la quittent qu'à regret. On ne peut pas davantage, les observations le démontrent, invoquer les modifications dans le genre de vie et les changements d'habitudes. La vérité est que cette céphalée est idiopathique.

L'auteur se défend pourtant de vouloir créer une nouvelle entité nosologique, il déclare qu'une telle prétention serait ridicule, la céphalée qu'il décrit n'a de spécifique que la nature de sa cause; elle est produite exclusivement par un changement de résidence, *d'habitat*, et elle guérit aussitôt que sa cause disparaît, c'est-à-dire aussitôt que le malade retourne dans sa résidence habituelle. Il est même probable que si le malade luttait, c'est-à-dire que s'il persistait à demeurer malgré ses douleurs de tête, celle-ci finiraient par disparaître avec le temps, mais les observations confirmatives du fait manquent encore.

La céphalée par changement de résidence s'observe aussi bien chez les femmes que chez les hommes; on ne sait pas, pour le moment, si elle peut atteindre les enfants. Les prédisposés aux affections nerveuses ne semblent pas y être plus sujets que les personnes normales, indemnes de toute tare héréditaire ou personnelle. Quant à sa pathogénie, M. Pieraccini l'ignore, et il n'ose risquer aucune hypothèse sur le mécanisme de ce phénomène morbide. Cette céphalée est-elle l'effet de l'influence sur l'organisme de changements brusques dans la pression atmosphérique? Est-elle la conséquence du régime des vents de la région laquelle est pour cela insalubre pour certaines personnes à idiosyncrasie spéciale? Tient-elle à des particularités dans l'état hygrométrique de l'air ou à l'état électrique, ou à la température? On ne sait. On ne sait même pas si elle coïncide avec un état anémique, ou au contraire avec un état hyprémique de l'encéphale; et, à ce sujet, l'examen ophtalmoscopique aiderait à résoudre la question.

En somme, il n'était pas inutile d'attirer l'attention sur cette céphalée *sui generis*, dont, il faut l'espérer, l'histoire se complétera avec le temps. CAMUSET.

LV. DES POLYNÉVRITES EN RAPPORT AVEC LES LÉSIONS SECONDAIRES ET LES LÉSIONS PRIMITIVES DES CELLULES NERVEUSES; par M. MARINESCO.

L'auteur, dans un travail du plus haut intérêt, accompagné de figures démonstratives et de considérations sur l'histologie de la cellule nerveuse, montre que les polynévrites déterminent dans les centres nerveux des lésions constantes mais d'origine secondaire : ces lésions constituent la réaction nécessaire d'un centre en souffrance et ce n'est ni le hasard ni l'infection qui les produisent. Elles obéissent à des lois fixes que l'on pourra un jour déterminer.

Ces altérations secondaires ressemblent à celles que réalise la

section nerveuse, c'est-à-dire qu'il y a dissolution partielle ou complète des éléments chromatophiles, surtout de la couche périnucléaire, que le noyau est excentrique, que les prolongements protoplasmiques contiennent moins de substance chromatique, en d'autres termes que la lésion porte essentiellement sur le kinétoplasma. Les racines antérieures, les nerfs eux-mêmes, sur un certain trajet, sont intacts, tandis que la lésion périphérique porte surtout sur les ramuscules nerveux ou sur les troncs d'émergence. La lésion cellulaire est, par suite, produite à distance.

Les lésions secondaires des centres médullaires dans les polynévrites, bien que comparables à celles que provoque la section d'un nerf dans son centre d'origine, sont cependant moins aiguës, moins intenses pendant un certain temps, ce qui explique qu'elles ont pu passer inaperçues. Enfin, dans les polynévrites comme dans les lésions des centres nerveux consécutives à la section nerveuse, il y a à distinguer également deux périodes : la 1re où les éléments chromatophiles subissent une dissolution plus ou moins complète, réaction à distance du nerf lésé, et la 2me, que l'on pourrait nommer la phase poliomyélitique des polynévrites et dans laquelle le protoplasma subit des modifications notables. A partir de ce moment la lésion névritique est irréparable. (*Revue neurologique*, avril 1896.) E. B.

LVI. CONTRIBUTION STATISTIQUE A LA SYMPTOMATOLOGIE DU TABES DORSALIS ; par le Dr SIMERKA.

D'après les observations de 52 tabétiques, l'auteur a dressé la table suivante où les symptômes sont rangés selon leur fréquence :

Douleurs	98	p. 100
Réflexes rotuliens abolis ou diminués	98	—
Troubles de la station	90	—
— — locomotion	88	—
Anomalies de la réaction des pupilles	84	—
— — largeur	76	—
Troubles de la miction	60	—
Diminution de la force musculaire	58	—
Anomalies de la sensibilité	58	—
Analgésie du cubital et du péroné	58	—
Réflexes crémastériens abolis ou diminués	58	—
Notion de la position des membres perdue ou diminuée	52	—
Sensations pénibles	52	—
Affaiblissement de la vue ou cécité	50	—
Hypotonie des muscles	46	—
Préhension troublée	42	—
Diminution de la sensibilité des testicules	42	—

Strabisme et ptosis	32	p. 100
Paralysie passagère des muscles des yeux	32	—
Atrophie des muscles	22	—
Troubles de l'ouïe	22	—
Déviations de la bouche	16	—
Arthropathies et fractures	16	—
Troubles cardiaques	16	—
Troubles cérébraux	12	—
Crises gastriques	10	—
Troubles trophiques de la peau	8	—
Diarrhées rebelles	8	—
Crises laryngées	6	—
Mouvements spontanés involontaires	6	—

Quant à l'époque à laquelle les symptômes apparaissent, ce sont encore les douleurs qui figurent le plus souvent parmi les premiers signes de la maladie, puis viennent les troubles de la vessie, le sentiment de la faiblesse dans les jambes, l'ataxie, les paresthésies. les paralysies passagères des muscles des yeux. (*Revue neurologique*, juillet 1896.) E. B.

LVII. Surdité verbale de conductibilité, surdité verbale pure ; par MM. Hélot, Houdeville et A. Halipré (de Rouen).

Les différents centres du langage sont unis les uns aux autres au point de vue anatomique et physiologique ; la destruction d'un centre cortical entraîne, dans l'immense majorité des cas, toujours même pour quelques auteurs, un trouble fonctionnel plus ou moins marqué dans les autres centres.

Il n'en est plus de même quand la lésion, au lieu d'intéresser le centre cortical lui-même, ou son faisceau d'association, porte sur son faisceau de projection : les connexions des centres entre eux persistent et le langage intérieur n'est point altéré. Il n'y a, dès lors, qu'une seule modalité du langage qui soit atteinte. C'est à ces cas que M. Déjerine réserve le nom d'aphasies pures.

La surdité verbale pure est rare et, à ce titre, l'observation présente mérite d'attirer l'attention. Le malade dont il est question, atteint depuis longtemps de lésions banales de l'oreille moyenne, remarqua, après s'être livré à des excès alcooliques, qu'il comprenait de moins en moins ce qu'on lui disait. Un jour à la suite d'excès plus copieux que de coutume, il eut une période de coma dont la durée n'a pu être fixée, mais à la suite de laquelle il perdit complètement la faculté de comprendre ce qu'on lui disait. Considéré comme sourd par sa famille, il fut envoyé à Rouen, puis à Paris ; il erra de clinique en clinique, toujours soigné jamais guéri. Enfin, il revint à Rouen où le véritable diagnostic fut posé, celui de surdité verbale.

Toute l'observation clinique du malade pourrait se résumer dans la phrase qu'il répète sans cesse : « j'entends que vous parlez, mais je ne comprends pas ; je pourrais compter les syllabes, mais je n'en saisis pas le sens. » Il existe aussi une amusie à peu près complète.

Le diagnostic n'est pas douteux : on se trouve en présence d'une aphasie sensoreille simple, aphasie de réception dans laquelle la faculté de comprendre le langage parlé est seule perdue. Le langage intérieur est parfait. C'est un cas de surdité verbale avec amusie. Le diagnostic de la lécion est assez difficile à préciser : un seul renseignement négatif à noter, c'est l'absence de crises épileptiformes pouvant faire penser à une irritation méningée par une tumeur comprimant ou ayant détruit la région de la surdité verbale. Quant au diagnostic du siège de la lésion, l'intégrité du langage intérieur permet d'admettre l'intégrité du centre cortical de la surdité verbale, par conséquent la lésion serait sous-corticale, et comme l'ouïe est respectée et qu'il n'y a pas de surdité psychique, la localisation de la lésion serait sur le faisceau unissant le centre de réception commun des sensations auditives au centre spécialisé pour la réception du langage articulé. En résumé, bel exemple de surdité verbale de conductibilité ou, en acceptant la terminologie de M. Déjerine, de surdité verbale pure. (*Revue neurologique*, juin 1896.) E. B.

LVIII. La chorée variable des dégénérés; par le Dr Brissaud.

Tous les médecins qui s'occupent plus spécialement de maladies nerveuses ont vu quelques types de ces chorées inconstantes, inégales, intermittentes, généralement de très longue durée, qui ne sont ni la chorée de Sydenham, ni la chorée d'Huntington et qui sont cependant des chorées parfaitement authentiques, bien qu'on soit embarrassé pour les désigner par un nom : ces chorées englobent la plupart des troubles moteurs vulgairement et vaguement désignés sous le nom de mouvements nerveux.

La similitude des cas a engagé l'auteur à les grouper, à les désigner sous le nom de chorée variable, la variabilité étant la véritable caractéristique de l'affection par rapport à l'évolution régulière de la chorée de Sydenham et à l'évolution progressive de la chorée chronique.

Un autre caractère de la chorée variable, bien mis en relief dans les quatre observations publiées dans ce travail, c'est que chez les malades atteints de cette affection, il n'est pas question seulement de tempérament nerveux familial comme dans la chorée de Sydenham, ni de l'hérédité similaire qui est comme une spécificité causale inhérente à la chorée chronique : on se trouve, dans

cette affection, en présence de dégénérés, en prenant le mot dans son acception la plus précise.

En résumé, la chorée variable, véritable « caprice de la fonction musculaire », représente un de ces désordres passagers dont la dégénérescence mentale est coutumière. (*Revue neurologique*, juillet 1896.) E. B.

LIX. Sur le degré de fréquence des paralysies laryngées chez les hémiplégiques; par le Dr Simerka.

L'auteur a fait l'examen laryngoscopique de 23 hémiplégiques qui, par l'existence soit de troubles du langage, notamment de dysarthrie, soit de dysphagie ou de paralysie du voile du palais, semblaient devoir offrir des troubles laryngés. Or, chez 19 de ces malades, l'examen n'a révélé aucun trouble des mouvements des cordes vocales; chez 4 seulement il y avait quelques troubles intéressant la corde vocale droite. Les recherches de l'auteur sont confirmatives de l'opinion de Semon et Horsley d'après laquelle la rareté des paralysies laryngées chez les hémiplégiques tient à ce que chacune des cordes vocales est innervée à la fois par les deux hémisphères. (*Revue neurologique*, juin 1896.) E. B.

LX. Leçon sur les réflexes; par le Dr Hughes.

L'auteur admet l'existence hypothétique de fibres reliant le cerveau aux cornes antérieures de la moelle et expliquant l'action de la volonté, qui peut exagérer, diminuer ou abolir les réflexes (vésical, rectal, vénérien, etc.). (*The alienist and neurologist*, janvier 1896.) E. B.

LXI. Hématomyélies primaires traumatiques et non traumatiques; par le Dr Outten.

L'auteur a fait une enquête aux Etats-Unis sur la question. Les résultats en sont comparés avec les cas publiés par Gowers, Krafft-Ebing, Raymond, Nimor, Van Gresen, etc. Il arrive à conclure que l'existence d'hémorragies intra-médullaires non compliquées de traumatismes, c'est-à-dire médicales, n'a pas encore été démontrée d'une façon certaine. Par suite les assertions doivent être exactes de Charcot et Hayem, qui ont soutenu que le ramollissement de la moelle précède toujours l'hémorragie et que l'hématomyélie primaire est une impossibilité. (*The alienist and neurologist*, janvier 1896.) E. B.

LXII. Note sur l'achillodynie hystérique; par le Dr Féré.

L'auteur cite deux observations qui établissent la possibilité d'une achillodynie hystérique, et c'est peut-être même la seule douleur du tendon d'Achille qui mérite le nom d'achillodynie. L'existence de la névralgie des tendons dans l'hystérie est d'autant plus inté-

ressante à connaître qu'en raison des réactions motrices qu'elle entraîne, elle peut s'associer d'autres symptômes indicateurs de lésions synoviales ou articulaires. Les craquements articulaires et synoviaux, par exemple, sont facilement provoqués par des contractions exécutées dans une attitude défectueuse ou forcée et on peut les voir se manifester aussi bien aux membres qu'au tronc. Une telle association combinée avec les formes si variées de l'œdème neuro-paralytique pent être féconde en erreurs de diagnostic. (*Revue neurologique*, juin 1896.) E. B.

LXIII. La topographie de l'anesthésie pottique ; par le Dr A. Chipault.

Dans une récente étude, l'auteur a insisté sur l'origine mixte, radiculaire et médullaire des symptômes sensitivo-moteurs dans un grand nombre de traumatismes ou de tuberculoses vertébrales. en exprimant l'espoir qu'il serait possible d'arriver à dissocier cliniquement ce qui, parmi ces symptômes, revient à la moelle, ou ce qui revient aux racines.

Dans le présent travail, il tente cette dissociation pour un groupe bien déterminé de faits, pour les maux de Pott avec symptômes sensitifs objectivement appréciables.

Si l'on met de côté 7 cas douteux, l'auteur, sur 22 cas, a rencontré : 1° dans 7 cas, des symptômes sensitifs à topographie nettement radiculaire; 2° dans 6 cas des troubles sensitifs à topographie médullaire ; 3° dans 2 cas, les symptômes sensitifs se dissociaient d'une manière tout à fait nette en deux parts, l'une radiculaire, l'autre médullaire, qui se juxtaposaient ou se superposaient sans se confondre.

Cette détermination clinique présente une véritable importance anatomo-pathologique, pronostique et thérapeutique : importance anatomo-pathologique, parce que l'examen du malade suffit pour clore le débat sur le siège des lésions nerveuses pottiques et autorise à dire qu'elles portent tantôt sur les racines, tantôt sur la moelle, tantôt sur l'une et l'autre à la fois. Importance pronostique parce qu'une lésion radiculaire est toujours fonctionnellement moins grave qu'une lésion médullaire. Importance thérapeutique enfin, parce que le chirurgien, qui ne peut rien contre les lésions médullaires, peut, dans un très petit nombre de cas de lésions radiculaires, être autorisé à intervenir. (*Revue neurologique*, mai 1896.) E. B.

LXIV. De la déformation et de la paralysie de la luette comme signe de dégénérescence; par le Dr Dana.

Les anomalies de développement se montrent fréquemment sur la ligne médiane.

L'auteur ayant remarqué que souvent la luette présentait quelque anomalie de forme ou de direction a examiné plus spécialement cet organe chez un nombre déterminé de malades et de sujets sains. Sur 154 sujets sains, la luette ne fut trouvée anormale que dans 13 cas p. 100, allongée dans 5 cas, bifide dans 2 cas, double dans 1. Chez 57 malades atteints de maladies nerveuses, la luette était 3 fois bifide, 13 fois déviée, 1 fois double, soit anormale dans 22 cas p. 100. Chez 108 aliénés la luette fut trouvée anormale chez 53, soit une proportion de 50 p. 100; l'anomalie la plus fréquente était la déviation à gauche.

La proportion est encore plus forte dans les formes dégénératives de la folie, si bien que la proportion des déformations de la luette augmente avec la proportion des signes de dégénérescence.

Examinés au point de vue de l'innervation, les muscles de la luette se contractaient dans 73 cas p. 100 chez des sujets normaux et dans 47 p. 100 seulement chez les aliénés.

De son travail, l'auteur tire la conclusion que la déformation et plus particulièrement la déviation de la luette constituent, en même temps que le défaut d'innervation, un stigmate anatomique et physiologique de dégénérescence. (*American journal of insanity*, avril 1896.) E. B.

LXV. Contribution au diagnostic de la syringomyélie; par Bregman. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Etude analytique d'un malade de vingt-sept ans chez lequel il existait une paralysie partielle masquée hémiliatérale de la sensibilité, avec cyanose et sensibilité au froid de la main gauche, hémidrose, hygroma trophique de la bourse séreuse et cranienne. Les symptômes étant localisés au membre supérieur et à la moitié supérieure du thorax permettent de conclure à une syringomyélie cervicale et cervico-thoracique supérieure. M. Bregman discute le diagnostic avec l'hystérie, la névrite périphérique du radiculaire, la pachyméningite, la carie de la colonne vertébrale, le tabes dorsal, la lèpre. Il conclut à la gliomatose plutôt qu'à l'existence d'une cavité réelle dans une corne postérieure. P. K.

LXVI. Communications casuistiques; par L. Bruns. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Singulier titre qui condamne à l'obscurité, grâce à la négligence des faiseurs de tables, six études de première importance d'ailleurs mal divisées.

1° *Pathologie et pronostic de la paralysie des tambours.* — Il y en aurait trois types. — Le *premier*, le plus fréquent, consiste en une paralysie du long extenseur du pouce gauche avec parésie des

muscles de l'éminence thénar, et surtout de l'adducteur, du court fléchisseur et du court abducteur, qui sont fréquemment atrophiés. — *Second type*, bien plus rare. Paralysie du long fléchisseur du pouce gauche. Parfois aussi les muscles de l'éminence thénar, ont atteints, du moins dans un cas (Zander), le malade ne pouvant fléchir la première phalange du pouce. — *Troisième type*, très rare. Paralysie simultanée des longs fléchisseurs et extenseurs : éminence thénar toujours atteinte et atrophiée. — L'auteur signale un cas de guérison, pourvu que l'on cesse et pour toujours l'exercice du tambour, à la première apparition des phénomènes de névrite, aux premières douleurs musculaires. Il donne aussi une nouvelle observation relevant du troisième type. Parésie du long extenseur et du long fléchisseur du pouce, une légère faiblesse de l'éminence thénar. Ténosynovite hypertrophique de Erb au niveau du tendon de l'extenseur.

2° *Paralysie partielle du nerf cubital gauche par pression du coude chez un xylographe.* — Les graveurs sur bois appuient leur coude gauche et le côté interne de celui-ci sur la table, ils compriment ainsi le cubital, et cependant, chez eux, les paralysies sont très rares ; ils ont d'ordinaire des douleurs dans la région du coude gauche et des épaississements périostiques des os.

3° *Paralysie du radial, par pression, pendant la narcose chloroformique.* — Opération de myomes utérins, laparotomie ayant duré plusieurs heures, le radial droit a été comprimé à l'endroit où il contourne la partie externe du bras par la tige longitudinale de l'appui-tête. En voie de guérison. (Voy. Pernic, *Centralblatt. f. Chirurgie*, et Remak, *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk*, IV).

4° *Encéphalite protubérantielle aiguë non suppurée ou apoplexie tardive de la protubérance.* — Observation chez un garçon de treize ans. Paralysie du facial et de l'oculomoteur externe droits. avec paresthésie gauche, anesthésie, ataxie ou tremblement intentionnel. Cette association symptomatique permet de conclure à l'atteinte de la région de la calotte dans la moitié droite de la protubérance, à la région des noyaux de l'oculomoteur externe et du facial. D'autre part, il y a paralysie du droit interne gauche, comportant aussi les mouvements nécessités pour la convergence et blépharoptose gauche, indiquant que la lésion empiète sur la gauche; dès le troisième jour, en effet, il y a paralysie complète de toutes les branches externes de l'oculomoteur commun gauche, tandis que l'oculomoteur externe et le pathétique demeurent intacts. La région des pyramides paraît envahie le jour suivant. Il y a lieu de craindre un tubercule ou un gliome. Tout à coup, le neuvième jour, se produit une amélioration, et, trois mois après le début de l'affection, il ne reste qu'une parésie très légère du facial infé-

rieur droit. Guérison. De là le titre de l'observation. (Voy. Oppenheim. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1895, 6, et *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk*, VI. — Bollinger. *Festschrift R. Virchow's*, t. II.)

5° *Hémiplégie et aphasie gonorrhéique.* — Il s'agit d'une jeune femme de vingt ans, infectée par son mari et atteinte successivement d'urétrite, d'endométrite, de périmétrite et de salpingite gauche. C'est alors que, sans prodromes, soudain, il se produit des convulsions épileptiformes de la moitié droite du visage, la langue, la mâchoire, les membres du même côté. Plusieurs accès convulsifs ont lieu coup sur coup ; aphasie consécutive et, quelques jours après, hémiplégie droite totale, y compris le facial inférieur, la langue, les muscles du pharynx et les masticateurs. Clonus achilléen et diminution de la sensibilité à droite. L'aphasie est motrice et totale et cependant l'intelligence est conservée, lecture impossible, parfaite conscience. Tout disparaît moins l'hémiplégie des membres; il s'installe de la contracture avec exagération des réflexes. L'aphasie prend la forme d'aphasie transcorticale de Wernicke et Lichtheim, et, par les exercices appropriés, elle entre en voie de guérison. *Conclusion :* il s'est effectué des embolies dans la sylvienne gauche dont les trois premières branches corticales, et peut-être aussi celles de la capsule interne et des ganglions cérébraux, ont été obturées. Ces embolies ont eu pour origine une thrombose des organes du bassin due à l'inflammation gonorrhéique, soit par action directe de gonococcus, soit par coagulation sanguine purement inflammatoire, peut-être par les deux mécanismes. Mais à coup sûr il ne s'agissait point d'un thrombus inflammatoire produit par les pyococci, car il n'y a eu ni fièvre, ni méningite, ni abcès.

6° *Observation d'acromégalie traitée à l'extrait de corps thyroïde.* — Femme de vingt-quatre ans, atteinte d'acromégalie-type. On lui administre des tablettes de corps thyroïde dont on ignore d'ailleurs la dose. Sous leur influence, l'état général s'améliore ; la céphalalgie, les douleurs, les paresthésies des doigts disparaissent, ceux-ci récupèrent leur mobilité, la malade se remet aux fins ouvrages de femme, porte encore son alliance. Apparaît alors l'amaigrissement caractéristique de l'alimentation thyroïdienne (Leichtenstern). Le volume des membres ne subit cependant aucun changement. Bientôt s'installent des battements de cœur, suivis de chlorose et d'affaiblissement. On cesse le suc thyroïdien, alitant la malade et lui administrant du fer. Le cœur paraît se calmer (il existe encore 100 pulsations), mais les paresthésies et douleurs des extrémités reprennent. On adjoint au repos au lit et à une alimentation forte, les tablettes de corps thyroïde.

P. Keraval.

LXVII. De la maladie l'amok des Malais ; par Chr. Rasch. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

La fréquence relative de cette maladie limitée à la race malaise et son caractère endémique qui, de temps à autre parait en certaines régions, telles que Macassar, les Célèbes, revêtir la forme épidémique, plaident contre l'opinion d'Ellis qui en fait une psychopathie épileptique. On s'expliquerait plus aisément la *furia* brutale de l'amok par le canal de la suggestion ou de l'imitation. M. Rasch en appelle au jumping (du Nord de l'Amérique), au myriachil (de Sibérie), au mali-mali des Tagalais (de Manille), au latah (des Malais), états caractérisés par des impulsions quasi réflexes. Otto Stoll leur attribue, notamment aux deux derniers, une influence suggestive. Histoire de l'héroïsme impétueux des Malais de Macassar (S. Semler), histoire du latah des Siamois : influence de la suggestion (Bastian, van Brero) ; leur bahtchi est une sorte de myospasie impulsive, mais provoquée, sorte de suggestion hystérique par contact somatique (Francfurter).

P. Keraval.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

VI. Rapport médico-légal sur un militaire déserteur atteint d'automatisme ambulatoire ; par MM. Alfred Fournier, S.-Ch. Kohne et Gilles de la Tourette. (*Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1895, n° 6).

M. X... a des antécédents héréditaires vésaniques très chargés, on compte plusieurs aliénés parmi ses ascendants et son père et sa mère sont cousins germains. Trois de ses frères sont morts de méningite en bas âge. Lui-même a eu des convulsions dans son enfance. Il est d'une intelligence très bornée et n'a pas pu faire ses classes, en outre il a eu des terreurs nocturnes et est sujet à des accès intermittents de mélancolie de courte durée. Sa famille qui est dans une belle situation de fortune, le plaça dans différentes maisons de commerce, il s'y montra bon employé, mais deux fois il quitta brusquement ses patrons sans raison, sans savoir pourquoi et revint chez lui. On l'engagea alors dans l'espérance que la discipline militaire, le rendrait plus stable. Très bon soldat au régiment, on croyait qu'il allait faire sa carrière dans l'armée,

mais il s'enleva toute chance d'avancement en entrant dans les infirmiers, et cela tout à coup, sans préméditation. Puis un jour qu'il était attablé à la cantine, il se leva, sortit de la caserne par escalade, au lieu de sortir naturellement par la porte, ce qui lui était facile, et se sauva à l'étranger. Quinze jours après il tenta de se tuer en se tirant une balle de revolver dans la région frontale. La balle glissa et la plaie fut insignifiante. Guéri, il partit brusquement encore une fois de la ville où il était et se rendit ailleurs, après avoir erré longtemps dans la campagne. Sa famille vint le chercher et le ramena en France. M. X... était donc déserteur, mais l'autorité militaire soupçonnant, à juste titre, l'intégrité de ses facultés mentales, le fit examiner par des médecins. Les experts n'eurent pas de peine à prouver que X... était un aliéné héréditaire, qu'il présentait des syndromes de la folie héréditaire, entre autres l'impulsion au suicide et l'automatisme ambulatoire. — J'ai oublié de noter qu'il avait fait, avant son entrée au régiment, plusieurs tentatives de suicide. A la question, pourquoi voulez-vous vous tuer? Il répondait « Je suis de ceux qui n'auraient jamais dû exister », et à cette autre question, pourquoi vous sauvez-vous toujours? « Je n'en sais rien, c'est plus fort que moi. »

M. X... fut placé en observation à l'hôpital et réformé ensuite.

CAMUSET.

VII. La folie dans ses rapports avec la responsabilité criminelle ; par le Dr H. Maudsley.

L'auteur, dans une discussion intéressante de la question si souvent traitée de la responsabilité légale des aliénés, montre que si le critérium légal de la responsabilité n'a pas changé, il s'est cependant modifié en pratique, en ce sens que certains juges ne recherchent plus seulement si l'inculpé a eu connaissance de la nature de son acte, s'il a pu reconnaître que son acte était répréhensible, mais encore s'il a été capable de le diriger, de contrôler sa conduite. (*The alienist and neurologist.* Avril 1890.)

E. B.

VIII. La responsabilité civile des pervertis sexuels ; par le Dr M'lane Hamilton.

Après avoir rappelé quelques causes célèbres, l'auteur rapporte l'histoire d'une jeune femme, fort riche, d'une éducation parfaite, de la plus grande rigidité de mœurs, vivant avec sa famille et qui, à l'occasion d'un désordre utérin banal, fit la connaissance d'une doctoresse en médecine beaucoup plus âgée qu'elle. Cette dernière finit par subjuguer complètement sa malade avec laquelle des relations sexuelles s'établirent et bientôt elle se fit donner d'importantes sommes d'argent.

L'auteur, consulté par la famille, estima que l'allégation de folie eu égard à la jeune femme, ne serait pas acceptée par un jury ordinaire, et voulut faire poursuivre la doctoresse, mais la famille recula devant le scandale. C'est ainsi qu'il est malheureusement fréquent de voir, dans des cas de ce genre, les familles accepter très volontiers le qualificatif de folie pour des actes qu'ils se refusent à dénoncer à la justice. L'auteur estime que lorsque des rapports entre personnes du même sexe sont arrivés au point d'annihiler toute idée de famille, le médecin peut poser le diagnostic d'état mental interdisant toute liberté de disposer de sa fortune et même dans ces cas le médecin devrait porter les faits à la connaissance d'un juge spécial qui ferait procéder à la séparation des invertis. (*American journal of insanity*. Avril 1896.)

E. B.

IX. Folie et responsabilité criminelle ; par H. Maudsley. (*British medical Journal*, 28 septembre 1896.)

La note de l'auteur se prête peu à un résumé, tout est à citer, mais il y a lieu de signaler qu'il s'élève nettement contre l'abus que l'on tend à faire de la théorie de la dégénérescence. La théorie de Morel, pour lui, avait une vraie valeur scientifique qui manque aux extensions ultérieures qu'elle a reçues et qui y ont fait ranger côte à côte les déviations psychiques les plus délicates et l'idiotie la plus profonde. L'expression *dégénéré* est ainsi devenue, suivant l'auteur, un mot vide de sens précis, alors qu'une médecine légale les équivoques ne sauraient être admises. L'auteur défend la responsabilité atténuée et s'élève contre le vieux criterium juridique de l'irresponsabilité absolue fondée sur le libre arbitre des philosophes.

A. M.

X. Épileptique ou simulateur et criminel. Expertise médico-légale ; par le Dr G. Motti, médecin du Manicôme d'Averso. (*Il Morgagni*, 1895, n° de juillet.)

Il s'agit d'une expertise très facile au sujet d'un cas d'épilepsie avec troubles mentaux caractéristiques ; ce qui la complique un peu, c'est que deux médecins, appelés d'abord à émettre leur avis, avaient déclaré qu'il n'était pas impossible que l'accusé ne fût un simulateur. Je veux signaler à nouveau le soin extrême que nos confrères italiens apportent à leurs expertises, ils en font de véritables cours cliniques. Ainsi, ce rapport du Dr Motti est très étendu, il comprend l'anthropologie complète de l'accusé et une vraie leçon sur les troubles mentaux dans l'épilepsie, avec examen critique des principales propositions qui ont cours dans la science, sur ce sujet ; et pourtant, encore une fois, le cas est des plus

simples, comme on peut en juger par ce résumé succinct de l'histoire du prévenu :

Vox, âgé aujourd'hui de vingt-six ans, est né de parents d'âges très différents. Il eut dans son enfance une hydrocéphalie et faillit mourir; il guérit cependant, mais pour devenir un type parfait de dégénéré impulsif et d'épileptique. Il a toujours été paresseux, ivrogne, libertin, querelleur et surtout impulsif, dès l'âge de douze ans il avait affaire avec la justice : maintes fois condamné pour délits divers, surtout pour rixes, il purgeait une dernière condamnation à la prison de Bari quand il commit l'acte agressif qu'on lui reproche, et que sa situation de prisonnier rendait d'une gravité extrême. Le directeur de la prison l'interrogeait un jour, sans raison aucune, il se jeta sur lui et il l'eût tué s'il n'avait été secouru. Il était dans un état de fureur extraordinaire, on le mit dans une cellule de sûreté. Après quelques instants il se précipita sur le gardien chef, qu'on dut protéger à son tour. Peu après il tomba en convulsions et présenta une attaque typique d'épilepsie convulsive. Revenu à lui il avait complètement perdu le souvenir des scènes qui venaient d'avoir lieu.

Le Dr Motti commence son rapport par une étude anthropologique presque minutieuse de Vox, il relève ses moindres anomalies physiques. Il recherche ensuite les anomalies psychiques c'est une analyse complète du fonctionnement psychique de cet accusé. Il insiste surtout sur les nombreux actes impulsifs qu'il a pu connaître, en se renseignant sur ses antécédents, et il fait voir qu'il a le *caractère épileptique* au plus haut degré. Il ne lui est pas difficile de démontrer, en résumé, que le prévenu a des attaques d'épilepsie convulsives et psychiques et qu'il était en crise psychique lors de son dernier attentat. Quant au rapport de ses confrères, il ne veut pas les juger, seulement il rappelle que ces médecins ne sont pas aliénistes. Il dit aussi que si Vox est un simulateur, il est un simulateur d'une belle force, quoiqu'il n'ait ni intelligence ni instruction, car dès son enfance il a pu simuler l'épilepsie convulsive, le caractère épileptique et l'épilepsie psychique.

Conformément aux conclusions du Dr Motti, le tribunal prit un arrêté de non lieu à l'égard de Vox.

Je voudrais reproduire la fin du rapport pour faire ressortir les opinions de la plupart des aliénistes italiens, je ne puis que relever quelques phrases : « Malheureusement, dans ce beau pays d'Italie, qui donna le jour à J.-B. de la Porte, le père de l'anthropologie criminelle et aux Lombroso, Morcelli, Ferri, etc., ses dignes disciples, on ne comprend pas ou on ne veut pas comprendre, que la plus grande partie des criminels ne sont que des individus malades... Il ne peut entrer dans l'esprit de ceux qui nous gouvernent de placer à la tête des prisons des médecins, surtout des médecins

criminalistes, au lieu d'y placer des ignorants, des hommes qui ne connaissent ni la médecine, ni la psychologie... Une prison est un hôpital ; comme les autres hôpitaux, elle renferme des malades, des êtres bien malheureux, mais non des coupables. »

CAMUSET.

XI. CONTRIBUTION AL A QUESTION DE L'APPRÉCICATION MÉDICO-LÉGALE DES DÉLITS SEXUELLES ; par A. HOCHE. (*Neurologie-Centralbl*, VX. 1896.)

Ce mémoire commence par la description d'un *exhibitionniste* : il s'agit d'un médecin qui, le soir, s'approchait des dames ou des groupes de dames sans cavaliers, autant que possible en se plaçant sous un réverbère, écartait vivement son long manteau et montrait son corps nu, la partie supérieure de celui-ci n'étant que peu vêtue et les parties génitales était découvertes, sans rien dire et sans être autrement aggressif. Quelque temps qu'il fit, il apparaissait ainsi chaussé de hautes bottes, éclairant au besoin ce tableau par l'inflammation d'allumettes à flammes de bengale, quelquefois aussi il sonnait, de bon matin, aux habitations et exhibait ce spectacle à la bonne qui venait ouvrir ; enfin il se montrait aussi dans ce costume, du dehors, aux dames qui occupaient la fenêtre. C'était chez lui une *impulsion instinctive irrésistible*, tout en ayant conscience de la gravité de ses actes, il croit qu'ils n'étaient pas sans faire plaisir à ses vis-à-vis notamment aux servantes qui, loin d'être effrayées, étaient réjouies de son aspect. Cette idée lui causait à lui le même plaisir mental que lorsqu'il essayait d'exciter l'imagination féminine par la lecture de poésies obscènes ou la présentation de gravures de même genres.

A propos de l'*inversion du sens génital*, M. Hoche craint que l'on se laisse circonvenir par l'exagération toute naturelle de ces soi-disant investis ; les livres publiés sur eux, ils les ont lus et s'en font des boucliers en même temps que des bréviaires. Ne seraient-ils pas plutôt des pédérastes, tout comme les nombreux élèves des internats et des séminaires ? « Tous les éléments de l'amour homo-« sexuel mâle se manifeste dans des conditions extrinsèques déter-« minées chez des individus jeunes n'étant ni névropathes, ni « corrompus, ni dépravés, à l'état idéal au besoin ; c'est une sorte « de loi. L'existence de cet amour seul ne permet donc nullement « de conclure à une disposition psychique morbide. » Ce qu'il paraît y avoir de plus dans l'inversion véritable, c'est la complète frigidité du sujet à l'égard de l'autre sexe. Cette frigidité paraît ou avoir toujours existé (on prononce alors le mot d'inversion congénitale), ou s'être montrée à une époque déterminée (on dit que l'inversion est acquise). Le diagnostic n'est-il pas bien fragile puisqu'il repose sur la mémoire du coupable. Ce qui semble le plus probable, continue l'auteur, c'est que quand on s'est dégoûté de la

femme par des excès, ou lorsque de détestables pratiques dans les lupanars, en dégoûtant l'individu, en l'entraînant à l'impotence psychique, lui font craindre le coït normal, ce ne sont point là des mobiles excusables expliquant les actes conjugaliformes de l'inversion (apparent) ; on ne saurait de cette apparence, de cette prétendue régularité, conclure à une origine psychopathique. Avant de modifier les lois (§ 175 du code pénal) pour les invertis, on ferait mieux de se convaincre que les invertis sont tous, sans exception, des individus pathologiques. L'enthousiasme de M. de Krafft-Ebing doit céder devant un appel au bon sens. P. KERAWAL.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XV. L'USAGE DE LA FORMALINE EN NEUROLOGIE ; par M. le Dr FISH.

L'emploi de la formaline, appelée aussi formalose ou formol, tend à se répandre dans la technique neurologique.

La formaline est une solution à 40 p. 100 du gaz aldéhyde formique dans l'eau.

Dès 1883, Low appela l'attention sur l'action antiseptique de l'aldéhyde formique.

En 1896, Blum reprit la question et montra, à côté du pouvoir antiseptique de la formaline, le parti qu'on pouvait tirer pour le durcissement ou la conservation des pièces histologiques, de la propriété que possède ce corps de rendre la gélatine insoluble. Depuis, de nombreux auteurs ont étudié le rôle de la formaline comme antiseptique et agent de durcissement. A côté de son bon marché, la formaline présente sur l'alcool l'avantage de ne pas être inflammable, de ne pas autant réduire le volume des tissus et de ne pas détruire aussi vite leur coloration naturelle. De plus, elle dissout certains sels beaucoup plus facilement que l'alcool : aussi les pièces qui ont été durcies dans la formaline peuvent-elles être colorées facilement par les divers procédés de coloration employés dans la technique neurologique.

La combinaison de la formaline avec les autres agents de durcissement n'a pas encore été étudiée. L'auteur a obtenu de bons

résultats dans le durcissement du tissu nerveux, en employant le mélange suivant :

Eau	2 lit.
Formaline	50 c.c.
Chlorure de sodium	100 gr.
Chlorure de zinc	15 gr.

Le cerveau est plongé dans cette solution pendant une dizaine de jours, et, lorsque cela est possible, les ventricules et les vaisseaux sanguins sont injectés avec la même solution, afin d'assurer un durcissement plus uniforme.

La pièce est ensuite plongée dans une solution de formaline à 2 1/2 p. 100 et peut y séjourner définitivement.

L'auteur a substitué avec avantage la formaline à l'acide osmique dans la méthode de Golgi-Cajal.

Enfin la formaline peut, dans certains cas, être employée comme agent de dissociation. — Gage recommande la formule suivante :

Solution de sel	1000 c.c.
Formaline à 40 p. 100	2 c.c.

(*The alienist and neurologist*, avril 1895.) E. B.

XVI. Anatomie fine du pont de Varole chez l'homme; par le Dr Ercole Pusateri.

L'auteur donne le résultat de recherches effectuées sur des fœtus de cinq, six et sept mois, sur des enfants nouveau-nés et sur des enfants de un ou deux ans, au moyen des méthodes de Golgi, Mondino et de Cox.

1° Substance grise. Elle est constituée par des cellules du premier type de Golgi, situées au voisinage du raphé, quelquefois sur le raphé lui-même et dont les prolongements vont former le tegmentum pontis. L'opinion de l'auteur est que les cylindres nerveux montent, par les pédoncules moyens, jusqu'à l'écorce cérébelleuse.

2° Fibres collatérales du faisceau pyramidal. Il existe une contiguïté remarquable des petites branches des fibres collatérales du faisceau pyramidal avec les prolongements protoplasmiques des éléments de la substance grise de la protubérance. Ces fibres du faisceau pyramidal établissent une connexion intéressante, en partie directe, en partie croisée, entre la zone motrice du cerveau et l'écorce cérébelleuse;

3° Pédoncules cérébelleux moyens. Par rapport à l'écorce cérébelleuse, les fibres du pédoncule moyen peuvent être divisées en ascendantes et descendantes.

Les fibres ascendantes proviennent des prolongements des cellules de la substance grise de la protubérance et les déscendantes

représentent les cylindres des cellules de Purkinje. Ces fibres descendantes se distribuent dans les éléments de la substance grise au voisinage du raphé, soit du côté opposé soit du même côté, puis se mettent en relation avec les cellules de l'étage supérieur de la protubérance, établissant ainsi une connexion en partie croisée, en partie directe, entre le cervelet et les cellules du « tegmentum pontis »;

4° Faisceau interne du pied du pédoncule. — D'après les recherches de l'auteur, une partie au moins des fibres corticales se terminent au niveau de la protubérance dans les cellules de la substance grise du même côté, établissant ainsi une communication entre la zone rolandique cérébrale et l'écorce cérébelleuse;

5° Substance grise réticulaire du toit de la protubérance, formée en partie par des cellules géantes médianes, en partie par de petites cellules. Les prolongements protoplasmiques des cellules situées près du raphé s'entre-croisent avec les cellules de la substance réticulaire du côté opposé, formant ainsi, au niveau du tegmentum une commissure protoplasmique. Les cylindres des cellules de la substance réticulaire croisent en partie le raphé et se dirigent en partie vers une direction opposée, formant quelques fibres arquées internes;

6° Fibres collatérales du faisceau longitudinal postérieur : elles passent en partie dans les noyaux des fasciculus teres, en partie aux éléments de la substance réticulaire du toit;

7° Névroglie. Les éléments de la névroglie de la protubérance peuvent être divisés en cellules à longs prolongements, cellules à courts prolongements et cellules coudées. (*The alienist neurologist*, avril 1896.) E. B.

XVII. Etude sur la voute palatine; par le Dr Boody.

D'après le Dr Talbot, dans les races civilisées la voûte palatine est plus haute que chez les populations non civilisées et la hauteur de la voûte palatine indiquerait une disposition nerveuse héréditaire. L'auteur a repris l'étude de la voûte palatine chez les diverses races humaines. Après l'énoncé de ses recherches, il pose sans la résoudre, la question de savoir quels sont les rapports entre la folie et l'état de dégénérescence de la voûte palatine. (*American journal of insanity*, avril 1896.) E. B.

XVIII. Le nouveau procédé de coloration de la névroglie de Carl Weigert; par le Dr Voldeng.

L'auteur a expérimenté la nouvelle méthode de coloration de la névroglie que Weigert a fait connaître en novembre 1895, méthode qui a permis à ce dernier de montrer que les prétendus prolon-

gements des cellules de Deiters ne sont pas des prolongements et que les fibres de la névroglie s'enroulent autour des cellules de la névroglie sans avoir de connexion directe avec la cellule ellemême. Cette méthode a l'avantage de ne colorer que le tissu névroglique et laisse la possibilité de colorer postérieurement la préparation avec l'une des autres méthodes de coloration, de Marchi, de Golgi, de Nissl, à l'hématoxline, au carmin. (*American journal of insaniti*, avril 1896.) E. B.

XIX. Quelques recherches physiologiques sur le sens de la vue chez deux enfants opérés de cataracte double congénitale; par MM. Vurpas et Eggli.

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer deux enfants, âgés l'un de cinq ans, l'autre de quatre ans et demi, atteints tous deux de cataracte congénitale, et d'étudier expérimentalement, après l'opération sur ces deux sujets, les phénomènes psychiques dus à l'acquisition du sens de la vue.

Malheureusement ces enfants, en raison de leur état intellectuel, n'ont pu fournir que des renseignements assez restreints, ce qui n'a pas permis de vérifier certaines des conclusions mentionnées par les observateurs, et relatives à la notion de l'espace, aux idées que les aveugles se font des couleurs, de la lumière, à la perception immédiate ou non de la forme des corps, du relief, etc. D'autre part, les conditions psychologiques étaient mieux respectées, car les sujets n'étant pas avertis de ce qu'on attendait d'eux, réagissaient d'une façon plus naturelle et plus vraie, sans que la connaissance de ce qui devait se passer et l'imagination aient couru le risque d'entacher d'erreur les résultats.

Dans ces conditions, les résultats de ces intéressantes observations ont été les suivants :

1° La lumière ne provoque pas, à l'origine, de phénomènes douloureux, ainsi que l'avaient pensé certains auteurs, et la première sensation qu'elle engendre n'est pas une sensation pénible ;

2° La vision ne fournit, à l'origine, aucun renseignement, ni sur la direction, ni sur la distance; elle ne permet pas de reconnaître les corps, sur lesquels les autres sens nous avaient déjà renseignés, et elle n'est d'abord, pour le sens musculaire, qu'un auxiliaire inutile;

3° La privation congénitale du sens de la vue ne gêne pas autant qu'on pourrait le penser, le sujet atteint de cette affection, en raison de la suppléance d'un sens par un autre;

4° Lorsque la vision a été rendue à ces deux jeunes aveugles, ils ne s'en servirent aucunement et continuèrent à agir dans le monde extérieur tout comme par le passé. Il était étrange de voir l'obstination que mettaient ces enfants à ne pas vouloir se servir de leurs

yeux, et combien peu de plaisir ils manifestaient d'avoir acquis la vision.

Ainsi la vision n'étant d'aucune utilité pour qui n'a jamais vu, et, d'autre part, devenant le sens le plus commode, le plus nécessaire pour qui est habitué à voir, il s'ensuit qu'à part la lumière et la couleur, qui semblent bien être des perceptions naturelles, et qui, toutes seules, d'ailleurs, ne donneraient aucun renseignement sur la façon de se diriger dans le monde extérieur, toutes les autres perceptions visuelles sont acquises; que, par conséquent, elles ne sont pas primitives, mais secondaires, et qu'elles sont le résultat d'associations d'idées et de sensations, ce qui est la base de l'acquisition des perceptions. Pour voir, il faut apprendre à interpréter les images perçues.

La vue est donc un sens de perfectionnement infiniment utile et même nécessaire pour l'éducation de l'être, et la connaissance du milieu qui l'entoure, mais non indispensable comme le seraient la sensibilité générale et tactile ou le sens musculaire, dont la privation entraînerait des conséquences graves, et sans lesquels la vue perdrait sa valeur. (*Annales médico-psychologiques*, août 1896.)

E. B.

XX. Un cas d'hydroméningocèle sacrée. Examen anatomique et histologique; par M. le Dr Umberto Rossi. (*Lo Sperimentale.* Sezione biologica. Firenze, 1895, fasciculo 11.)

Etude d'anatomie pathologique très détaillée effectuée à l'Institut anatomique de Florence.

Il s'agit de l'autopsie d'un enfant affecté de spina bifida et qui ne vécut que cinq jours. Le cadavre ne présentait extérieurement rien d'anormal, sauf à la région sacrée, où il existait une poche cutanée, qui communiquait avec le canal vertébral ouvert à ce niveau. Elle renfermait un liquide roussâtre et la plus grande partie des nerfs de la queue de cheval, lesquels, sortis du canal vertébral par la solution de continuité, se perdaient dans les parois de la poche. Voici le résumé de l'autopsie :

Squelette. — Crâne normal. La troisième côte droite adhère vers sa partie moyenne avec la quatrième, et son extrémité sternale est bifurquée. — Solution de continuité dans la paroi postérieure du canal rachidien, de la cinquième vertèbre lombaire à la troisième sacrée, de 15 mm de largeur. Au-dessus une petite lame cartilagineuse fait saillie dans le canal rachidien, elle adhère à la face postérieure du corps des deuxième et troisième vertèbres lombaires.

Axe cérébro-spinal. — La moelle épinière, longue de 10 centimètres et demi, est dépourvue du renflement lombaire, elle a la forme d'un cône régulier, sa largeur en haut est de 18 millimètres,

et elle a 3 millimètres à la région lombaire. Elle est bifurquée au niveau des deuxième et troisième vertèbres lombaires par suite de la présence de la lame cartilagineuse. Vue de côté et en arrière, elle présente plusieurs particularites. Elle ne se continue pas en haut avec le bulbe, elle s'aplatit rapidement et se place devant lui; le bulbe, lui, dirigé en arrière et en bas, fait une forte saillie en arrière d'elle. — Le bulbe est tout à fait anormal, sa longueur égale 2 centimètres et sa largeur 1 centimètre. Il est régulièrement cylindrique. Il se continue en haut avec la protubirance et se termine en bas par une extrémité libre; sa face antérieure est, on l'a vu, accolée à la moelle. — La protubérance très élevée tend à la verticale. — Le cervelet est déformé et asymétrique, il est situé très en avant, à noter qu'il n'existe aucun vestige de la faux du cervelet. — Cerveau mal conformé. Sur l'hémisphère droit, au fond de la scissure sylvienne, en arrière, fente de 1 centimètre de longueur sur 4 millimètres de largeur, qui aboutit au ventricule latéral. La scissure interpariétale trop longue est de 6 centimètres, elle est parallèle au bord supérieur de l'hémisphère et elle aboutit à l'extrémité du lobe temporo-occipital. Sur l'hémisphère gauche, cette scissure très anormale aussi, commence à la scissure postcentrale et aboutit à la pointe du lobe occipital. Elle est très profonde. — D'une façon générale, circonvolutions et scissures des deux hémisphères s'écartent toutes, plus ou moins, du type normal.

Pour l'examen histologique de la moelle, des coupes ont été pratiquées de bas en haut, en séries, à partir de la quatrième paire cervicale. A ce niveau, la disposition des substances blanche et grise est normale, il existe seulement un peu d'asymétrie entre les deux moitiés latérales de la moelle et le canal central est très large. Ce dernier s'élargit de plus en plus à mesure qu'il se rapproche du bulbe. Au niveau du renflement cervical, apparition derrière lui d'une cavité. Plus haut apparition d'une masse de substance nerveuse qui adhère aux cordons postérieurs et qui est, on le comprend, la coupe de l'extrémité inférieure du bulbe. Comme elle n'adhère à la moelle que par sa partie moyenne, il en résulte l'existence de deux encoches latérales, et la pièce sous le microscope a la forme d'un 8. En continuant à étudier les coupes de plus en plus élevées, on note successivement : l'agrandissement du canal central et de la cavité qui le suit et avec laquelle il finit par se confondre. Une série de petits trous, disposés sur la ligne médiane d'avant en arrière, se forme dans la masse adhérente. Les encoches latérales s'effacent progressivement. Le canal central augmenté de la cavité placée derrière lui et les trous en ligne droite médiane, signalés plus haut, finissent par se confondre, d'où la production d'une scissure profonde qui partage la pièce en deux moitiés latérales. Puis, plus haut encore, cette

scissure s'élargit et en même temps devient de moins en moins profonde, elle arrive enfin à constituer le plancher du quatrième ventricule. — Dernière anomalie à signaler, la pyramide droite est double. — A noter aussi une lésion accidentelle, un foyer hémorragique ancien dans la partie inférieure droite du bulbe.

L'auteur fait suivre cette description de diverses considérations. Selon lui, l'absence de la faux du cervelet est l'expression d'un trouble pathologique important, cette anomalie s'accompagnerait toujours de modifications très graves dans la structure de l'encéphale. La porencéphalie est le résultat d'un processus qui a évolué, pendant la vie intra-utérine, dans les parois de la vésicule de l'hémisphère, et qui a dû être aidé dans son action par la surabondance du liquide céphalo-rachidien. Les anomalies des deux scissures interpariétales, toujours d'après l'auteur, n'ont pas encore été décrites chez l'homme, cette disposition a seulement été notée chez les *Lémuriens*.

Les particularités présentées par le bulbe et la moelle semblent dépendre les unes des autres. La surabondance du liquide céphalo-rachidien a provoqué la dilatation anormale du canal central. Puis, ce liquide trop abondant a dilacéré les parois du canal central et pénétré le tissu nerveux, dans le point rendu le moins résistant par le fait de la présence d'un ancien foyer hémorragique. C'est ainsi que s'explique la grande scissure de la face postérieure du bulbe.

En somme, ce fait méritait d'être publié à cause des caractères singuliers de certaines anomalies de structure de l'axe cérébro-spinal, et aussi parce qu'il apporte une contribution importante aux faits analogues rapportés par d'autres auteurs, et qui démontrent que le spina bifida qui se révèle à l'extérieur par la présence seulement d'une poche cutanée plus ou moins développée, peut être accompagné de profondes altérations du système nerveux central incompatibles avec la vie. CAMUSET.

XXI. DE LA DISTRIBUTION FONCTIONNELLE DES RACINES MOTRICES DANS LES MUSCLES DES MEMBRES, RECHERCHES EXPÉRIMENTALES; par M. le Dr OSWALDE POLIMANTI. (*Lo Sperimentale*, sezione biologica. Firenze, 1894. Fasciculo III.)

Recherches effectuées au laboratoire de physiologie de Gênes, sous la direction du Dr R. Oddi.

Ce sujet a déjà été étudié par d'autres physiologistes, mais ils sont arrivés à des conclusions contradictoires. L'auteur a repris les expériences anciennes ; il en a institué de nouvelles et de l'ensemble de ses recherches il résulte les propositions suivantes : 1° L'innervation des membres est systématisée dès la sortie des nerfs de la moelle ; ainsi les fibres motrices qui émergent de la

moelle à un même niveau, se rendent à des muscles synergiques, et concourent ainsi à des mouvements associés. — 2° Ces mouvements associés dus à la contraction simultanée de plusieurs muscles, ou de plusieurs faisceaux de fibres musculaires appartenant à des muscles différents, et qu'on provoque au moyen de l'excitation d'une racine motrice unique, ces mouvements associés, dis-je, constituent toujours un mouvement complet ou bien exécutent une fonction donnée. — 3° C'est ainsi qu'une racine unique met en mouvement des muscles antagonistes, mais concourant à un mouvement complexe donné ou à une fonction donnée. Exemple : le saut. — 4° Chez des animaux divers, si on excite la même racine, alors que le mode de distribution des divers filets nerveux donnés par celle-ci est analogue chez ces animaux, on n'obtient cependant pas exactement les mêmes résultats. — 5° Ces résultats sont en rapport avec les instincts et habitudes des animaux en expérience. Exemple : excitation de la seconde racine sacrée du chien ; résultat : mouvements latéraux de la queue, habituels aux chiens qui veulent caresser. Excitation de la même racine du chat; Résultat: cette flexion saccadée de la queue, sorte d'ondulation, qui indique la colère chez le chat. — 6° L'intensité des effets musculaires varie selon les habitudes et instincts des animaux en expérience. Ainsi l'excitation de la seconde racine lombaire chez le chien, et de la quatrième lombaire chez le chat, produisent l'acte du saut chez les deux animaux ; mais si le courant dont on se sert pour exciter les racines chez le chien et chez le chat a la même intensité, l'acte du saut a pourtant une intensité bien plus grande chez le chat, animal sauteur par excellence, que chez le chien. — 7° Ce qui conduit à admettre que, par une longue habitude de certains actes musculaires, il s'établit des conditions fonctionnelles telles, qu'elles rendent plus efficace l'influence des centres supérieurs. On comprend ainsi comment certains actes, qui paraissent être des actes d'ordre psychique, peuvent s'effectuer indépendamment de l'influence du cerveau. — 8° La distribution fonctionnelle des racines motrices fait comprendre l'action rapide et si bien ordonnée des centres, elle fait également comprendre ce phénomène d'ordre pathologique, la paralysie ou parésie d'une fonction, alors que les groupes musculaires qui l'exécutent normalement, restent indemnes de paralysie ou de parésie. CAMUSET.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DU NORD-EST DE L'ALLEMAGNE

TROISIÈME RÉUNION A ZOPPOT, LE 13 JUIN 1896

M. SOMMER (Allenberg). *Prédisposition névropathique et difformités du crâne.* (Sera publié ultérieurement.)

DISCUSSION. M. FREYMUTH. — D'après ses observations personnelles, les malformations du crâne seraient très rares chez les sujets nerveux. Il va sans dire qu'il distingue la nervosité de la prédisposition aux troubles psychiques. D'ailleurs les difformités craniennes présentées par M. Sommer proviennent toutes de sujets aliénés.

M. SOMMER. — Fréquemment des individus, qui plus tard deviendront aliénés, présentent déjà dès leur enfance des signes de neurasthénie qui peuvent facilement passer inaperçus. Or ces enfants sont porteurs de difformités craniennes. La neurasthénie acquise doit être laissée de côté dans cette question.

M. FREYMUTH. — Une éducation défectueuse joue fréquemment un rôle dans le développement de la neurasthénie même héréditaire. Il en est de celle-ci comme de la tuberculose héréditaire : la transmission par le contact a son importance.

M. SOMMER. — Même dans la tuberculose la contagion n'est pas tout : la maladie frappe de préférence les enfants dont l'organisme est peu résistant. Dans deux familles tarées au point de vue névropathique et possédant de nombreux enfants, il n'a pas trouvé un seul crâne normal.

M. MESCHEDE. — S'il est exact que dans 94 cas pour 100 les difformités craniennes doivent être attribuées au mécanisme de l'accouchement, que reste-t-il pour les autres causes de ces malformations ?

M. MERCKLIN (Lauenburg). *L'instruction des infirmiers des asiles.* — La question du personnel de surveillance des asiles d'aliénés est très complexe : aussi convient-il d'en étudier les différents chapitres dans des rapports et des discussions spécialement consacrées à chacun d'eux. L'auteur s'attachera à traiter la question de l'ins-

truction professionnelle des infirmiers. A la centralisation des cours dans un asile déterminé par pays ou par province, il préfère la création, dans chaque asile, d'écoles avec enseignement régulier et méthodique (examens, etc.). Le directeur de l'asile doit conserver le droit légitime de choisir son personnel. Avant d'accepter le projet de la création d'écoles provinciales d'infirmiers, il faut attendre les résultats que fourniront les expériences tentées dans certaines provinces. L'auteur communique les résultats d'un questionnaire qu'il a adressé aux asiles allemands et étrangers sur l'instruction du personnel de surveillance (février 1896). A cette date les asiles étaient nombreux dans lesquels il n'existait pas de cours destinés aux infirmiers ; mais la question était à l'étude dans la plupart. Partout où cet enseignement spécial est donné on en considère les résultats comme satisfaisants. Il entre dans quelques détails sur la nature des cours faits à Lauenburg. On esquisse l'historique des asiles d'aliénés et du personnel de surveillance, on donne quelques notions élémentaires d'anatomie et l'on enseigne quels soins exigent les malades en général et les aliénés en particulier. On évite autant que possible de donner aux conférences une tournure académique ; on interroge fréquemment ; on enseigne par la vue, on fait des exercices pratiques ; on traite tous les sujets qui peuvent se présenter dans la clinique journalière. Pour terminer on fait passer aux élèves un examen, on leur donne des répétitions par groupes de 3 à 5. Il n'y a pas de raisons pour distribuer aux élèves un manuel. M. Merchlin insiste sur la nécessité, en outre de l'instruction professionnelle, d'élever le niveau du personnel par des cours, des conférences, des bibliothèques. Des examens officiels passés devant ces commissions nommées par la Société dés aliénistes allemands, la distribution de diplômes, auraient pour résultat de stimuler le zèle des élèves.

Discussion. M. Meschede. — Le nombre des heures d'enseignement par semaine est sujet à de grandes variations. Le chiffre qui lui semble préférable est de deux à trois heures. L'enseignement en commun des hommes et des femmes ne lui paraît pas dangereux. Dans son asile les infirmières sont employées dans la division des hommes. A son arrivée à Konigsberg, tout le personnel était féminin, même dans les quartiers d'agités, et les résultats de cette pratique étaient excellents.

M. Siemens. — Dans les asiles à personnel non laïque, on trouvait jadis et on trouve encore maintenant, un certain nombre de femmes employées dans les quartiers d'hommes. Damerow s'est élevé contre l'emploi des religieuses dans les asiles en général, et plus particulièrement dans les quartiers d'hommes ; il insiste sur l'absence de force physique qui a amené les religieuses à recourir à des chiens dressés à attaquer par derrière les aliénés (Maréville).

et conclut à la nécessité de la séparation absolue des sexes pour les malades et le personnel.

M. Mercklin. — Une heure de cours par semaine suffit, si l'on veut que les auditeurs puissent s'assimiler les questions traitées. Dans les asiles ou l'enseignement était donné simultanément aux deux sexes, on a dû ultérieurement faire des cours séparés.

M. Meschede trouve inutile l'enseignement de l'histoire et de la géographie que l'on donne dans certains établissements.

M. Siemens prie ses collègues de mettre obstacle aux permutations incessantes du personnel de surveillance d'asile en asile, en s'engageant à ne pas accepter d'infirmiers provenant d'une autre établissement. Chaque asile doit recruter soi-même son personnel.

M. Sommer. — C'est ce qui se passe à Allenberg.

MM. Rabbas et Meschede sont aussi pastisans, en principe, de cette manière de faire.

M. Dehio (Lauenberg). *Les quartiers de surveillance.* — Depuis que Gudden a formulé, en 1885, les principes qui doivent présider à l'organisation d'un quartier de surveillance, on s'est à diverses reprises, occupé de cette question au sein des sociétés de psychiatrie et en dernier lieu au congrès des médecins aliénistes du Sud-Ouest de l'Allemagne, à Karlsruhe (1893). Les deux rapporteurs furent d'accord pour considérer le quartier de surveillance comme l'organisme le plus important d'un asile d'aliénés. Cette conception amena un encombrement dans ces quartiers de surveillance. Tandis que Gudden se contentait, pour le nombre de lits de cette section, d'un chiffre équivalent à 10 p. 100 de la population totale, Pactz réclame la proportion de 15 p. 100. La section de surveillance de Lauenberg, qui compte 36 lits pour les deux sexes, sur une population de 600 malades, correspond à la proportion de 12 p. 100, mais elle renferme actuellement de 40 à 50 malades (15,8 à 18,3 p. 100). Les deux rapporteurs du Congrès de Karlsruhe ont insisté sur la nécessité d'avoir, pour les agités alités, une salle spéciale, séparée de la section de surveillance proprement dite. C'est ce qui a été fait à Lauenburg, et dans quelques mois une salle de huit lits sera réservée à ces malades. Une fois éliminés les agités et les infirmes alités, la section de surveillance comprendra 35 malades, c'est-à-dire restera encombrée, car il faut réserver des lits pour les aliénés entrants. Les sujets atteints de maladies incidentes sont traités dans le quartier des infirmes. Les aliénés « insociaux », ceux qui sont sujets à des accès d'agitation sous l'influence d'hallucinations, d'idées de grandeur, etc., sont soumis au traitement par le lit dans le quartier de surveillance. On peut se passer d'une salle de réunion. Sur les 12 malades non traités par le repos au lit, il en est 2 qui s'occupent aux travaux du ménage, les autres trouvent à s'occuper sans troubler le repos de ceux qui sont alités.

On a proposé récemment divers types de quartier de surveillance que l'on peut classer comme suit : 1° *Le type Gudden*. Deux salles communiquant entre elles, sans salle de réunion, avec une salle de bains, des closets et des chambres d'isolement. Le quartier de surveillance de Lauenburg répond à ce type.

2° *Le type lazaret*. Les deux salles sont séparées par des chambres d'isolement (ou la salle de bains, le closet, la chambre de réunion) et un vestibule.

3° *Le type Alt-Scherbitz* caractérisé par le nombre et la disposition spéciale des chambres de réunion.

Dehio conclut ainsi: 1. Le type Gudden a donné jusqu'ici des résultats satisfaisants. — 2. Les sujets agités et atteints de maladies incidentes doivent être traités dans des sections spéciales et non dans le quartier de surveillance. — 3° Il doit y avoir, non seulement dans des locaux voisins, mais dans la salle même : une baignoire, un closet, un lavabo. — 4° Une chambre d'examen médical dans laquelle le malade peut être conduit, couché dans son propre lit, est indispensable. — 5° Un médecin ou un surveillant en chef doit résider dans le pavillon.

Discussion. M. Meschede. — Il y a déjà longtemps qu'on a parlé de l'utilité de la création de quartiers spéciaux de surveillance, et la littérature, même non contemporaine, fournit des documents sur ce point. Il a vu jadis une section spéciale de surveillance installée à Schwetz ; le closet était remplacé par une chaise percée à fermeture hermétique. Il est opposé à l'installation d'une baignoire dans la salle, pour des raisons hygiéniques.

M. Dehio. — M. Sioli a étudié à Karlsruhe l'histoire du développement des quartiers de surveillance, aussi a-t-il passé cette question sous silence. C'est néanmoins à Gudden que revient le mérite d'avoir, le premier en Allemagne, donné des principes précis sur la construction, l'aménagement, l'organisation d'un quartier de surveillance. Dehio critique l'usage des chaises percées qui peuvent ne pas répandre de mauvaise odeur par elles-mêmes, mais dont les alentours sont souvent souillés. Il n'est pas partisan des baignoires mobiles. Pour ce qui est d'une baignoire fixe placée dans la salle, il est évident qu'on ne s'en servira que pour les bains prolongés et non pour les simples bains de propreté. Cet aménagement n'a d'ailleurs entraîné aucun inconvénient, soit à Wurzbourg, soit dans d'autres asiles.

M. Mercklin est aussi contre l'installation d'une baignoire dans la salle. Les malades sont mis au bain pour leur agitation; celle-ci se prolonge une fois qu'ils y sont placés, pendant un certain temps; il vaut donc mieux donner ces bains dans une salle spéciale. Une salle de réunion est inutile.

M. Freymuth, qui a une grande expérience des bains prolongés, recommande vivement l'installation de baignoires fixes dans les salles, système adopté à Eppendorf, et dont il est très satisfait.

M. Mercklin fait observer que les malades traités à Eppendorf ne sont pas en général des aliénés et que l'administration des bains dans la salle peut être une cause de trouble.

M. Frey (Schwetz). *Désodorisation par la formaline.* — La formaline est une solution aqueuse de gaz formaldéhyde employée depuis trois ans environ comme désinfectant. Elle est utile surtout dans les cas où l'on ne peut se servir de la vapeur d'eau, pour la désinfection des livres, matelas, chambres, plaies, pour la conservation et le durcissement des préparations anatomiques. Certains expérimentateurs considèrent la formaline comme supérieure au sublimé. En outre de son pouvoir désinfectant, la formaline possède une autre propriété, celle de détruire les mauvaises odeurs, sans les remplacer, comme le font le saprol, le solutol, le crésol, par une autre odeur désagréable. Frey a expérimenté la formaline contre les sueurs fétides des pieds, à l'asile de Schwetz, sur 40 sujets, dont 13 gravement atteints, et chez lesquels le traitement par les lavages savonneux, les poudres salicylées, l'acide chromique n'avaient pas donné de résultats. Les badigeonnages des pieds avec une solution de formaline à 2 p. 100 supprimèrent rapidement toute mauvaise odeur. La formaline agit en empêchant le développement des bactéries dans la sueur, en donnant lieu, par sa combinaison avec les produits odorants de celle-ci, à des substances inodores, et, enfin, en atténuant l'hypéridrose. La formaline, en solution à 2 ou 3 p. 100, est précieuse dans les salles d'autopsie, pour enlever l'odeur des mains. Son prix est de 3 fr. 75 le kilogramme.

M. Gohlmann (Heustadt). *Présentations sur l'anatomie pathologique de l'écorce.* — Dans le premier cas, il s'agit d'un paralytique général qui, en outre des symptômes habituels, a présenté des mouvements particuliers de la tête et de la partie supérieure du corps, du nystagmus et le pseudo-phénomène de Graefe. Le microscope fait constater, au niveau du lobule orbitaire, de l'insula et des rolandiques, une richesse énorme et pathologique des vaisseaux avec des altérations des parois vasculaires. Ces lésions, distinctes de celles que l'on trouve dans la syphilis, peuvent être caractérisées comme une póriencéphalite angiomateuse. Au niveau des points lésés il y avait une atrophie des fibres tangentielles et des éléments nerveux avec une prolifération de la névroglie. Dans la moelle, légère dégénération des cordons latéraux et postérieurs.

Le second cas concerne un sujet atteint de paralysie générale traumatique, développée vingt ans après un traumatisme cranien,

et alors que, depuis plusieurs années, s'était manifestée une paralysie complète des extrémités du côté gauche, suivie ensuite d'une hémiplégie partielle droite. Atrophie complète des extenseurs des deux bras, contracture en flexion au niveau des articulations des extrémités; pupilles rétrécies, réagissant mal, pas de trouble de la parole, réflexe du genou normal. Démence accentuée avec idées hypocondriaques. Autopsie. Kyste assez volumineux de la couche optique et de la moelle allongée; kystes nombreux et peu étendus, cicatrices dans l'écorce de l'hémisphère droit, avec lésions diffuses généralisées. Moelle : poliomyélite antérieure chronique dans la partie cervicale; plus bas, dégénération du faisceau pyramidal gauche et du vaisseau de Türck droit.

Troisième cas : démence sénile avec paralysie agitante et diminution de la motilité des yeux et des extrémités. Autopsie. Artériosclérose du cerveau, ramollissement de la substance blanche du lobe occipital, lacune du pont; nombreux petits foyers de ramollissement sous la substance grise, disposés parallèlement à la surface de l'écorce. Moelle : dégénération des cordons de Goll et des cordons antéro-latéraux.

La particularité intéressante, dans ces diverses observations, consiste dans les altérations d'un territoire vasculaire limité.

Paul Sérieux.

BIBLIOGRAPHIE.

VIII. *Voies conductrices du cerveau et de la moelle épinière;* par V. M. Béchtereff. (T. Ier, 2e édition avec 302 dessins intercalés dans le texte. Saint-Pétersbourg, chez Ricker, 1896.)

Dans cette première partie de son ouvrage M. Bechtereff étudie les différentes méthodes employées en histologie cérébrale et les faisceaux qui composent le cerveau et la moelle épinière. L'ordre adopté par l'auteur est très rationnel. Les fibres nerveuses étant destinées à établir des rapports bien déterminés entre les divers foyers de la substance grise et à relier ces derniers au système nerveux périphérique, il semble très commode de décrire la marche de chaque faisceau en le suivant à travers les régions qu'il est appelé à unir. Dans ce but Bechtereff divise la totalité de la substance grise en quatre parties principales : substance grise de la moelle, celle du tronc cérébral, celle du cervelet avec ses noyaux et celle des hémisphères cérébraux. Cette dernière partie comprend les deux noyaux : coudé et lenticulaire.

En rapport avec cette division l'auteur étudie successivement les fibres de la moelle épinière, y compris celles des racines postérieures et antérieures; les fibres du tronc cérébral ainsi que les faisceaux qui unissent les différentes parties de cette région entre elles et avec les autres territoires de l'encéphale; les fibres du cervelet, c'est-à-dire celles qui mettent en rapport le cervelet avec la substance grise médullaire et les noyaux du tronc cérébral de même que celles qui unissent les différentes parties du cervelet entre elles; enfin, les fibres des hémisphères cérébraux qui comprennent : *a*, les faisceaux unissant l'écorce hémisphérique et les noyaux centraux avec la substance grise médullaire et les noyaux du tronc cérébral (système des fibres de projection), et *b*, faisceaux reliant entre eux les divers territoires des hémisphères cérébraux (système de fibres d'association). J. Roubinovitch.

VARIA.

Question de priorité. Rectification de M. Paul Richer au sujet de son article : Note sur une déviation de la colonne vertébrale se rencontrant chez un grand nombre d'individus bien portants. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1895, n° 6.)

M. le Dr Paul Richer a publié dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* (1895, n° 3) un article sur une déviation particulière du rachis, article que j'ai analysé dans les *Archives de Neurologie* (1896, n° de juillet). Il paraît que M. le Dr Clozier (de Beauvais) avait lui aussi traité le même sujet, ou, tout au moins, un sujet analogue. Il en avait même fait l'objet d'une communication à l'Académie de médecine, en 1893, sous ce titre : *Asymétrie acquise entre les deux moitiés latérales du corps humain.* M. le Dr P. Richer ne l'ignorait pas, et il avait signalé le travail de M. le Dr Clozier dans une note jointe au manuscrit de son article de la *Nouvelle Iconographie* de 1895, mais, par suite d'une erreur typographique, sa note fut supprimée lors de la mise en pages. C'est ce qu'il explique aujourd'hui dans le numéro 6 de la *Nouvelle Iconographie*, année 1895. Il concède donc volontiers, en somme, la priorité à M. le Dr Clozier, mais il profite de la circonstance pour rappeler que les conclusions auxquelles M. le Dr Clozier est arrivé diffèrent beaucoup des siennes sur certains points.

En effet, la cause de l'asymétrie est, pour M. Clozier, la dilatation ou la verticalité de l'estomac; elle est tout autre pour

M. P. Richer. Les deux observateurs sont d'accord en ce qui concerne l'abaissement de l'épaule droite, mais la déformation thoracique n'est pas la même pour tous les deux. L'incurvation latérale du rachis est dorso-lombaire pour M. Richer, elle est dorsale seulement pour M. Clozier. Enfin, ce dernier signale des malformations du bassin et du membre inférieur droit, lesquelles n'ont pas été observées par M. Richer. CAMUSET.

ENCOMBREMENT DE L'ASILE DE VILLEJUIF ET DES AUTRES ASILES DE LA SEINE.

Les atermoiements apportés depuis plusieurs années à la construction du Ve asile de la Seine, alors que ce département est obligé de transférer dans les asiles des departements la *moitié* de ses aliénés, c'est-à-dire plus de *six mille*, sans compter l'encombrement de ses propres asiles, nous a amené à proposer à la Commission de surveillance de faire une *visite de nuit* à l'asile de Vaucluse. En second lieu, nous avons jugé utile de faire, comme rapporteur du budget de Villejuif, une visite de nuit à cet asile et de consigner nos constatations dans notre Rapport. Voici en quels termes nous l'avons fait à la séance de juillet de la Commission.

« L'encombrement qui existe dans nos asiles préoccupe depuis bien des années l'Administration, la Commission de surveillance et le Conseil général. La lecture à chacune de nos séances, par notre président, *du mouvement de la population* de nos asiles nous rappelle sans cesse cette triste situation. Toutefois les chiffres sont insuffisants à donner une idée des inconvénients de cet encombrement qui a atteint, en quelque sorte, sa limite extrême. La constatation quotidienne de l'encombrement de notre service de Bicêtre et des nombreux désagréments qui en résultent pour les enfants et le personnel, et une visite que nous avons faite, il y a deux ans, au moment du coucher des malades à l'asile de Bron près Lyon nous avait suggéré l'idée de proposer à la Commission de remplacer ses visites habituelles, faites de jour, par des visites faites de nuit.

« Nous avons hésité longtemps à vous faire cette proposition. Nous craignions que n'en saisissant pas tout d'abord l'opportunité, vous ne voyiez là qu'un surcroit de fatigues non justifiées. Enfin, convaincu que l'intérêt des malades, que le bon fonctionnement de nos asiles et l'économie des finances départementales ne pouvaient qu'en bénéficier, nous nous sommes décidé à l'approche de notre dernière visite à vous faire notre proposition. Nous ne vous rappellerons pas le triste spectacle, pour employer une expression modérée, dont vous avez été témoins à l'asile de Vaucluse dans la soirée du 30 juin.

« Chargé de faire le rapport sur le budget de l'asile de Villejuif, dont le chiffre de la population n'est pas moins exagéré que celui de l'asile de Vaucluse, nous avons voulu constater par nous-même quelle était, la nuit, la situation des différents quartiers. L'encombrement étant toujours plus accusé dans le service des femmes, c'est celui-ci que nous avons visité.

« Nous avons trouvé dans les premiers quartiers, un certain nombre de malades couchés sur les matelas déposés directement sur le parquet, que vous avez vus lors de votre visite à l'asile de Villejuif. Nous devons dire à ce propos que M. le Directeur de l'asile a demandé au *budget additionnel* de 1896, l'ouverture d'un crédit de 1,280 francs pour l'achat de 80 lits en fer conformes au modèle de Ville-Evrard. Cette modification, qui va être prochainement réalisée puisque vous venez de voter le crédit, sera très avantageuse aux malades et rendra l'aspect des dortoirs un peu moins désagréable, par suite de l'uniformité des lits.

« Dans l'un des quartiers nous avons vu un certain nombre de malades, couchées sur des matelas. Dans le quartier des semi-agitées, l'encombrement est aussi grand que possible. Une seule veilleuse a la surveillance du dortoir du rez-de-chaussée et des deux dortoirs du premier; si elle est retenue auprès d'une malade, elle ne peut remédier au désordre et aux accidents qui peuvent se produire sur un autre point.

« Aux *agitées* chaque cellule n'était occupée que par une seule malade. Le couloir des cellules du rez-de-chaussée et celui des cellules du premier étage étaient garnis sur presque toute leur étendue de matelas sur lesquels étaient couchées, nues ou découvertes, un certain nombre de malades, tandis que d'autres se promenaient au milieu d'elles criant et gesticulant. Nous devons dire que les malades des cellules étaient presque toutes debout se promenant dans leur cellule ou le visage collé contre le judas de la porte. Il en résulte que, l'agitation se communiquant de malade en malade, loin de s'amender leur folie s'aggrave.

« Dans le dortoir des agitées, situé au premier étage, nous avons retrouvé le même spectacle qu'à Vaucluse : non seulement il y a une rangée de matelas longitudinalement, mais les deux rangées de lits ordinaires comprennent un supplément de lits qui parfois sont contigus.

« Une des malades, assise sur son lit, lançait des imprécations énergiques, en nous les signalant, contre ses deux jeunes voisines qui se livraient à des pratiques obscènes [1]. Une autre malade, en chemise, la poitrine apparente, à genoux sur son lit, était injuriée,

[1] Nous avons trouvé là un nouvel argument en faveur de la thèse que nous soutenons et qui consiste à ne placer qu'un lit en face de chaque trumeau.

menacée de violences par ses voisines qui l'accusaient d'aller de lit en lit pour les embrasser et les toucher. Pour tout ce *quartier des agitées* (190 malades) — un enfer, — *il n'y a qu'une veilleuse!*

« Au *quartier des gâteuses*, même encombrement. De plus, comme à Vaucluse, les malades, couchées sur les matelas déposés sur le parquet en double ou simple file indienne, ont leur vase de nuit au niveau du visage. L'infirmière de jour de ce quartier, faute de place, couche dans le vestibule.

« Pour atténuer l'encombrement des dortoirs, on couche, sur des matelas, des malades dans les lavabos, dans les salles de réunion. L'enlèvement, le matin, de tous ces matelas avec leurs draps et leurs lits, et leur replacement, le soir, imposait un surcroît de travail à tout le personnel.

« Le tableau imparfait et bien au-dessous de la réalité que nous venons de tracer, aurait été encore bien plus triste si nous avions fait notre visite quelques jours plus tôt. En effet, le transfert de 47 malades avait diminué l'encombrement.

« La Commission et l'Administration ont été frappées de suite de l'insuffisance du personnel de veille dans certains quartiers [1] et de la surveillance générale qui devrait être faite par une *sous-surveillante*. Avec une sous-surveillante de veille, qui accompagnerait la veilleuse quand il est nécessaire d'aller chercher l'interne de garde, on éviterait les accidents comme celui qui s'est produit récemment à l'asile de Ville-Evrard, qui a nécessité l'intervention de la Commission et obligé l'Administration à sévir.

« Votre visite de nuit [2] a eu pour résultat de vous faire proposer par l'Administration une augmentation du personnel. Bien que ce ne soit là qu'un palliatif, on doit s'en féliciter. La surveillance laissera moins à désirer; les chances d'accidents seront diminuées.

« En provoquant une visite de nuit de la Commission, nous avions un but plus important. En vous rendant témoin d'un « spectacle épouvantable, à donner des cauchemars », pour employer les expressions de deux de nos collègues, d'un « spectacle dont nous ne nous doutions pas, » suivant les expressions de notre vénéré président, en vous faisant constater une « situation pleine de périls », pour nous servir des termes de M. Le Roux, nous voulions vous fournir des arguments péremptoires à l'effet d'intervenir auprès de l'Administration et du Conseil général pour hâter la mise en train, d'urgence, du 5e asile, pour en pousser activement la construction ; — pour l'étude d'un programme d'ensemble des asiles

[1] A l'asile de Vaucluse, les malades des dortoirs de 8 lits situés dans les combles sont abandonnées à elles-mêmes *sans surveillance*. N'y a-t-il pas là un danger constant ?

[2] Dans l'État de New-York les commissaires vont, chaque mois, faire une visite de jour et une visite de nuit.

nécessaires et l'examen des voies et moyens pour la construction du 6e asile.

« Dans ces derniers temps, on s'est plus préoccupé des prisonniers et des prisons que des aliénés — des malades — et des asiles. Les alcooliques ont été aussi l'objet d'un souci particulier. Votre visite de nuit à l'asile de Vaucluse aidera l'Administration à défendre l'*assistance des aliénés*, non pas d'une catégorie d'aliénés, mais de *tous* les aliénés. Si la Commission du Conseil général veut bien, elle aussi, transformer une ou plusieurs de ses visites de jour en *visites de nuit*, elle n'hésitera pas à réclamer du Conseil général les crédits nécessaires pour remédier à une situation vraiment lamentable. »

Comme quoi la loi sur l'interdiction des représentations publiques d'hypnotisme devrait être modifiée; par le Dr Crocq fils. (*Journal de Neurologie et d'Hypnologie*, juillet 1896.)

Après avoir établi que l'hypnotisme simulé présente les mêmes dangers que l'hypnotisme vrai, M. Crocq émet le vœu dans ce travail que la loi qui interdit en Belgique les représentations publiques d'hypnotisme vise non seulement les représentations réelles, mais encore les représentations simulées des magnétiseurs de tréteaux. G. D.

FAITS DIVERS.

La bicyclette dans les asiles d'aliénés. — La maison d'aliénés de Kalhmazov, dans le Michigan, a muni tous ses malades valides de bicyclettes, et depuis l'introduction du cheval de fer dans le traitement des diverses formes d'aliénation mentale on a noté, paraît-il, les meilleurs résultats et une amélioration remarquable dans l'état d'un grand nombre de pauvres déments. (*Echo de Paris*, 29 octobre 1896.) — C'est un nouvel agent physique de traitement qui vient s'ajouter à ceux que nous possédons.

Enseignement professionnel des infirmiers et des infirmières dans les asiles. — Nous devons appeler l'attention de nos lecteurs sur la discussion concernant l'enseignement professionnel du personnel secondaire des asiles, qui figure aux pages 487-489. Nous croyons pour notre compte que deux heures de cours théorique et une ou deux heures de cours pratique par semaine sont nécessaires. L'expérience faite dans les quatre Écoles municipales de Paris et des quatre écoles annexées aux asiles montre qu'il n'y a aucun inconvénient à ce que ce cours soit suivi en même temps

par les hommes et par les femmes. — Signalons en passant l'emploi d'infirmières dans l'asile de Kœnigsberg[1]. — Quant au programme à suivre, nous croyons que ceux des Écoles municipales et des Écoles départementales peuvent servir de base.

The journal of nervous and mental diseases. — L'administration annonce les changements suivants pour l'année 1897. — Editeurs: Dr. Char. L. Dana, Dr-F.-X. Dercum; Dr Ph. Combs Knopps; — Dr Char.-K. Mills; Dr Jas-J. Putnam; Dr B. Sachs; Dr M.-Allen, Starr. — Collaborateurs; Dr Philip Meirowitz et Dr Wm.-G. Spiller Dr Char Henry Brown, 25, West 45 th St., à New-York.

Asile clinique (Sainte-Anne. — *Clinique des maladies mentales :* le professeur A. Joffroy. Mercredi et samedi, à 9 h. 1/2.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies du Système nerveux*. M. le professeur Raymond; le mardi et le vendredi à 4 h. 1/2; — Lundi à 10 h. 1/2, séméiologie des maladies du système nerveux. Dr J. B. Charcot et Souques; — mardi 10 h., policlinique par le professeur Raymond; — mercredi, 10 h. 1/2, histologie normale et pathologique du système nerveux, Dr Philippe; — jeudi, 10 h. 1/2 électrodiagnostie et électrothérapie, par le Dr Huet; — samedi 10 h. 1/2, alternativement, psychologie clinique, Dr Janet; Examen de l'oreille, du larynx et du nez, des yeux, Drs Gellé, Cartaz et Sauvineau.

Les drames de l'alcoolisme. — Un domestique de ferme, Lucien Debril, âgé de vingt-six ans, au service de M. Lamerant-Coisne, au bas du Crocq, à Armentières, a tenté d'assassiner une jeune fille de dix-huit ans, nommée Marie Vaudenabeele, servante chez M. Victor Bouché, rue de Niepce. Ce jeune homme, qui courtisait la jeune fille, avait été éconduit par elle, et en avait gardé un violent ressentiment. Hier, vers cinq heures et demie, posté dans un champ situé derrière le jardin de M. Bouché, il vit la jeune fille sortir des cabinets, escalada la haie et s'élançant sur Marie Vandenabeele, la frappa à la nuque d'un coup de couteau. La lame se brisa et la jeune fille s'enfuit dans la cuisine basse.

Debril, la poursuivant, s'arma d'un autre couteau et la frappa à coups redoublés. La jeune fille tomba en appelant au secours et le meurtrier s'enfuit à travers champs. Prévenue par M. Bouché, la police rechercha de suite Debril Le meurtrier fut arrêté rue des Promenades, à Armentières, à l'estaminet de la Lyre d'Argent, tenu par M. Duthoit, où il s'était réfugié. Le coupable, interrogé par le commissaire de police, a manifesté le regret de ne pas avoir tué

[1] Voir *Arch. de Neurol.*, 1896, t. II, p. 273 et notre *Rapport sur le budget de l'asile de Villejuif*, pour 1897, p. 271.

cette jeune fille et son intention de recommencer. Marie Vandenabeele porte neuf blessures, quatre à la nuque et cinq aux mains. Elles sont graves. Debril, qui a déjà été enfermé pour *folie alcoolique*, était renvoyé depuis deux jours et avait bu constamment depuis son congé. On devra donc déterminer son degré de responsabilité. (*Petit Parisien*, 3 septembre 1896.)

— Le nommé Victor Beuret, âgé de trente et un ans, marié et père de famille, cultivateur à la Rivière, fut trouvé pendu dans sa maison. On attribue ce suicide à un accès de *folie alcoolique*. (*Petit Parisien*, 2 septembre 1896.) — Voilà deux faits encore qui montrent la nécessité, pour tous (médecins, administrateurs, conseillers de tout genre, députés, etc.), d'étudier vite et d'appliquer avec vigueur les mesures indispensables pour entraver les désastres dus à l'*alcoolisme*.

Réclame curieuse et originale. — Nous avons reçu le prospectus suivant, orné de vignettes, représentant entre autres le roi Léopold.

[Mme FŒDORA GALLIANI

Chiromancienne, Somnambule, Cartomancienne.

Diplômée à la clinique du Dr Charcot, professeur de magnétisme à la Salpêtrière (Paris).

Dévoile le présent, le passé et l'avenir, par le moyen du sommeil hypnotique et des sciences occultes, par les cartes et les lignes de la main, suivant la méthode de Cagliostro et de Mlle Lenormand.

Conjurations astrologiques suivant les méthodes assyriennes et chaldéennes. Science divinatoire par les tarots des Gypsies. Miroir magique d'Allan Kardec !

SE REND A DOMICILE SUR DEMANDE

Consultations de 9 heures du matin à 10 heures du soir.

11, rue de Bavière, 11, au premier. Liège (Outre-Meuse).]

Les charlatans et les somnambules belges, comme ceux de notre pays d'ailleurs, ne manquent pas de cynisme et d'effronterie pour attirer les sots et les ignorants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cahagnet (L.-Alph.). — *Arcanes de la vie future dévoilés.* — 4 volumes in-18 colombier. — Librairie Vigot, frères, 10, rue Monsieur-le-Prince.

Hallager (Fr.). — *De la nature de l'épilepsie* (Études sur la physiologie pathologique de l'attaque épileptique). Volume in-8° de 182 pages. — Prix : 5 fr. — Paris, 1897. — Société d'éditions scientifiques.

Roux (J.). — *La sensation douloureuse* (Étude psychologique). Brochure in-8° de 23 pages. — Lyon, 1896. — Imprimerie Waltener et Cie.

Toulouse (Ed.). — *Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie.* — I. Introduction générale : Emile Zola. Volume in-18 de XIV-215 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1896. — Société d'éditions scientifiques.

Vernet. — *Rapport sur la division des hommes de l'Asile de Mareville pour l'année* 1895.

Voir en supplément le *Catalogue* de **Livres au rabais.**

ÉTRENNES MÉDICALES.

A l'approche du 1er Janvier, nous signalons à nos lecteurs, comme pouvant être données en **étrennes** à des confrères ou à des étudiants en médecine, les collections suivantes publiées par la librairie du *Progrès médical :*

LES ŒUVRES COMPLÈTES DE J.-M. CHARCOT.

Comprenant 13 volumes, qui contiennent : 1° *Les maladies du système nerveux* (3 volumes). — 2° *Les localisations cérébrales.* — 3° *Les maladies des poumons et du système vasculaire.* — 4° *Maladies du foie, des voies biliaires et des reins.* — 5° *Maladies des vieillards, goutte et rhumatisme.* — 6° *Maladies infectieuses, maladies de la peau ; kystes hydatiques, thérapeutique.* — 7° *Hémorragies cérébrales ; hypnotisme, somnambulisme.* — 8° *Clinique des maladies du système nerveux* (2 volumes). — 9° *Les leçons du mardi à la Salpêtrière* (2 volumes).

Prix broché, **60** fr., au lieu de **188** fr.
Prix relié demi-chagrin, **90** fr.

BOURNEVILLE.

Recherches cliniques et thérapeutiques, sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. — Compte rendu annuel du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre (1880-1895), 16 volumes in-8°, ornés de nombreuses figures et planches.

Prix broché, **50** fr., au lieu de **81** fr.
Prix relié demi-chagrin, **80** fr., au lieu de **120** fr.

BIBLIOTHÈQUE D'ÉDUCATION SPÉCIALE.

Publiée sous la direction du Dr BOURNEVILLE.

Tome I. *Recueil des mémoires, notes et observations sur l'idiotie.* — Tome II. *Rapports et mémoires sur le Sauvage de l'Aveyron.* — Tome III. *Rapports et mémoires sur l'éducation des enfants normaux et anormaux*, par E. SÉGUIN. - Tome IV. *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et arriérés* (Rapport au Congrès de Lyon par BOURNEVILLE). — Tome V. *Manuel pratique des méthodes d'enseignement, spéciales aux enfants anormaux* (sourds-muets, aveugles idiots, bègues, etc.), par HAMON DU FOUGERAY et COUÉTOUX, préface du Dr BOURNEVILLE.

Prix broché, **15** fr., au lieu de **24** fr. **50**.
Prix relié demi-chagrin, **25** fr., au lieu de **37** fr.

BIBLIOTHÈQUE DIABOLIQUE.

(Collection BOURNEVILLE).

1° *Le Sabbat des sorciers.* — 2° *La possession de Françoise Fontaine.* — 3° *Jean Wierr* (2 volumes). — 4° *La possession de Jeanne Ferry.* — 5° *Sœur Jeanne des Anges.* — 6° *Procès de la dernière sorcière brûlée à Genève.* — 7° *Barbe Buvée* (possession des Ursulines d'Auxonne). — 8° *La Foi qui guérit*, par J.-M. CHARCOT.

Prix broché, **23** fr., au lieu de **37** fr. **50**
Prix relié demi-chagrin, **40** fr., au lieu de **64** fr. **50**

Ces prix ne comprennent pas le port qui est facturé en plus, *emballage gratuit.*

Pour les collections demandées reliées, nous réclamerons un délai de huit jours pour l'expédition. — Nous pouvons livrer ces reliures au gré de l'acheteur, au point de vue de la couleur.

Pour plus amples renseignements concernant les collections énoncées ci-dessus, demander le catalogue général, qui est expédié *franco.*

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du* 31 *DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations, la bande de leur journal.

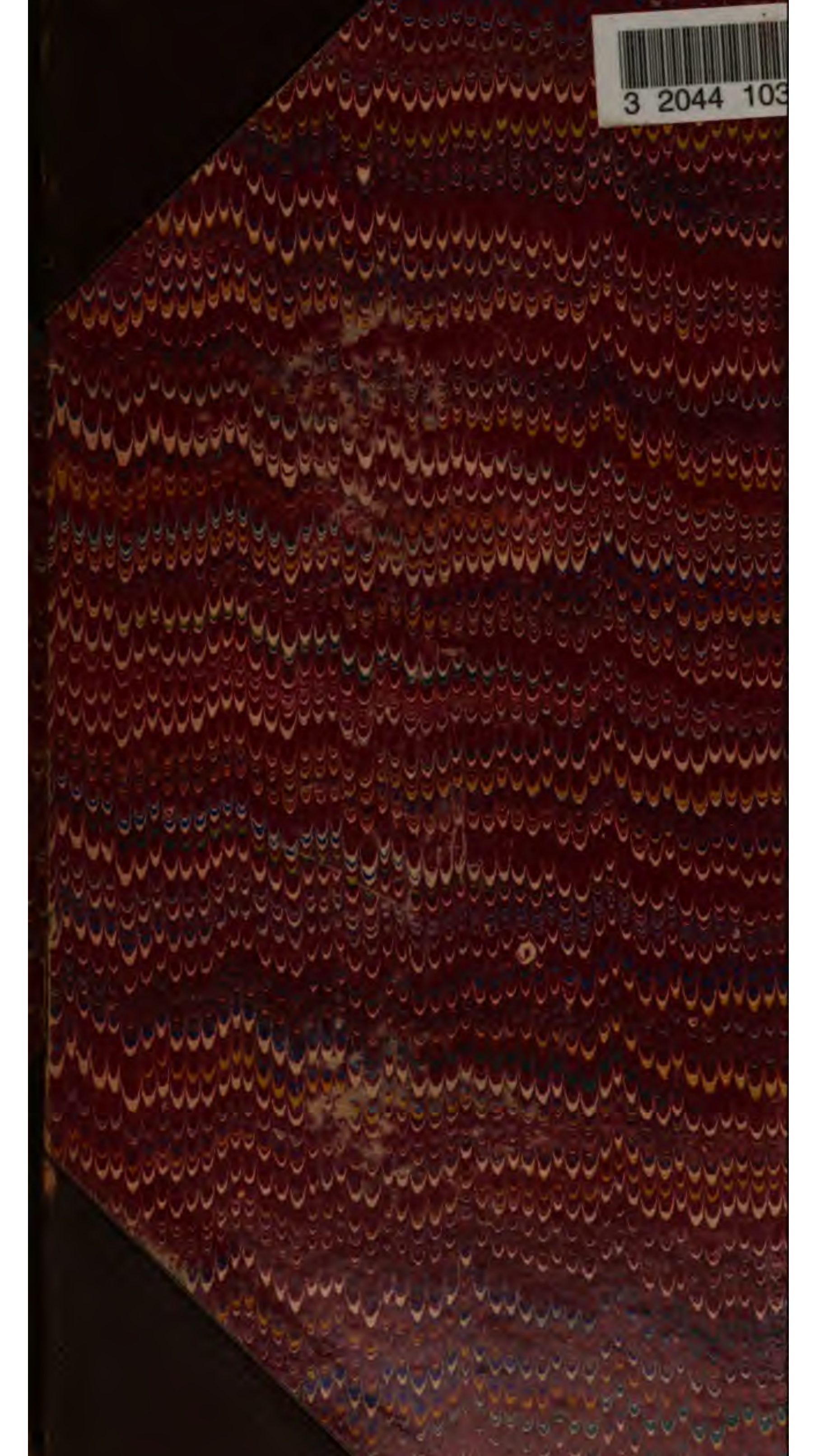
Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 12-96.


3 2044 103